

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANNA ASHLEY DELIMA

**CRIMINALIZAÇÃO DA LOUCURA: UMA ANÁLISE A PARTIR DO COMPLEXO  
MÉDICO PENAL DO PARANÁ**

CURITIBA

2016

ANNA ASHLEY DELIMA

**CRIMINALIZAÇÃO DA LOUCURA: UMA ANÁLISE A PARTIR DO COMPLEXO  
MÉDICO PENAL DO PARANÁ**

Trabalho apresentado como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Direito no curso de Graduação em Direito, Setor de Ciências Jurídicas da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Clara Maria Roman Borges

CURITIBA

2016

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente e acima de tudo, à Deus, por ter me inspirado a fazer este trabalho e também por ser a fonte da mais bela forma de loucura: a fé.

Sou extremamente grata pelos meus familiares, em especial minha mãe, Eliana, meu pai Josmar, ao Christopher, Victoria, Alex e Joel. Sem seu apoio e compreensão nos momentos mais difíceis, isto não teria sido possível. Jamais poderei agradecer o suficiente pela motivação, pelas orações e pelos conselhos.

Estendo meus especiais agradecimentos aos meus amigos e amigas que me foram como irmãos no decorrer deste ano, em especial: Giliane, Rafael Borg, Otávio e Marcos Paulo, que contribuíram de maneira fundamental para este trabalho com materiais e conhecimentos, este trabalho com certeza não teria sido o mesmo sem vocês. À Carolina Baldan, Clau Teixeira e Rosane Priotto, pelo apoio durante todo o curso, agradeço pela amizade e companheirismo. Agradeço especialmente ao Leandro Xavier, que soube das minhas dificuldades melhor do que ninguém e me dispensou amor e carinho que me mantiveram inspirada.

Agradeço à minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Clara M. R. Borges, pela paciência, pela disposição, admiro-a especialmente pela sabedoria e coragem expressadas tanto em sala de aula quanto fora dela, obrigada por aceitar me orientar.

Por último, mas não menos importante, agradeço enormemente à Defensoria Pública do Paraná, pelos dois anos de estágio que contribuíram para minha formação de forma fundamental. Em especial, quero agradecer à Tirza Prestes, por sempre demonstrar um pensamento crítico e preocupação com o próximo, aos defensores públicos, servidores e estagiários do núcleo criminal e da execução penal, por me fazerem me apaixonar por esta profissão. Pelo apoio, pelos conselhos e por me proporcionarem meios de realizar esta pesquisa, sempre acreditando em mim mais do que eu mesma, agradeço imensamente aos defensores públicos Alexandre Kassama, Henrique Camargo, Erick Ferreira e Eduardo Abraão.

## RESUMO

A medida de segurança é a resposta penal aos inimputáveis por transtorno psíquico ou doença mental que cometem ilícitos, prevendo sua internação ou tratamento ambulatorial por tempo indeterminado. O presente trabalho apresenta uma análise crítica desta medida, sua forma de execução e seus pressupostos, com especial enfoque na inimputabilidade e periculosidade. Pretende-se demonstrar como a apropriação jurídica do saber médico legitima a violação de direitos dos chamados *loucos delinquentes*. Inicia-se com uma contextualização histórica do tratamento, tanto médico quanto estatal, da loucura no Brasil, dos tempos de Império até a promulgação da Lei Antimanicomial, seguindo para uma análise da medida de segurança nos seus atuais moldes e de seus pilares de fundamentação. Por último, é feita exposição dos resultados da pesquisa empírica, consistente na análise dos processos de execução e, principalmente, dos exames de verificação de cessação de periculosidade dos inimputáveis custodiados no Complexo Médico Penal do Paraná, com o objetivo de promover uma análise mais próxima da realidade. Propõe-se a reflexão sobre como o Direito e a Medicina contribuíram para a criminalização e encarceramento das populações que sofrem com transtornos mentais e psíquicos.

**Palavras-chave:** Loucura. Medida de segurança. Complexo Médico Penal do Paraná.

## ABSTRACT

The “measure of security” is the criminal response to the criminal irresponsible due to psychologic disorder or mental illness that commit crimes, determining their compulsory hospitalization or outpatient treatment for undefined time. The present work presents a critical analysis of this measure, its way of execution and its assumptions, focusing especially on criminal irresponsibility and harmfulness. It’s intent to demonstrate how the juridical appropriation of the medical knowledge legitimates the right’s violation of the so-called *crazy criminal*. Initiate with the historical context of both, medical and state’s, madness treatment in Brazil, from the times of empire to the promulgation of the *Lei Antimanicomial*, following to the analysis of the “mesure of security” on its current molds and of its ground pillars. At last, there is an exposition of the empiric research results, that consist in the execution cases analysis and, mostly, of the *inspection exam of harmfulness cessation* from the subjects under custody in the *Complexo Médico Penal do Paraná*, that aims to promote an analysis closer to reality. It is proposed a reflection about how Law and Medicine contributed for the criminalization and incarceration of populations who suffer from mental e psychologic disorders.

**Keywords:** Madness. “Measure of security”. *Complexo Médico Penal do Paraná*.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CMP	- Complexo Médico Penal
DEPEN	- Departamento Penitenciário Nacional
DINSAM	- Divisão Nacional de Saúde Mental
EVCP	- Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade
HCTP	- Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
LBHM	- Liga Brasileira de Higiene Mental
LEP	- Lei de Execução Penal

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2. BREVE HISTÓRICO DO TRATAMENTO DA LOUCURA NO BRASIL .....</b>	<b>9</b>
<b>3. MEDIDA DE SEGURANÇA NO CÓDIGO PENAL DE 1940.....</b>	<b>18</b>
3.1. INIMPUTABILIDADE PSÍQUICA: A FALÁCIA TUTELAR .....	24
3.2. PERICULOSIDADE: UM CONCEITO ABSTRATO.....	32
<b>4. COMPLEXO MÉDICO PENAL DO PARANÁ: UMA ANÁLISE EMPÍRICA .....</b>	<b>40</b>
4.1. EXAME DE VERIFICAÇÃO DA CESSAÇÃO DE PERICULOSIDADE .....	41
4.2. O PERFIL DO/A INTERNADO/A OU RETRATOS DO SISTEMA .....	47
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>57</b>
<b>APÊNDICE A - GRÁFICOS DOS EXAMES DE VERIFICAÇÃO DE CESSAÇÃO DA PERICULOSIDADE DOS INTERNADOS MASCULINOS DO CMP.....</b>	<b>62</b>
<b>APÊNDICE B - GRÁFICOS DE DELITOS DOS INTERNADOS MASCULINOS DO CMP .....</b>	<b>64</b>
<b>APÊNDICE C - GRÁFICO DA ESCOLARIDADE MÉDIA DOS INTERNADOS MASCULINOS DO CMP:.....</b>	<b>68</b>
<b>APÊNDICE D - GRÁFICO DOS TRANSTORNOS DIAGNOSTICADOS NOS INTERNADOS MASCULINOS DO CMP .....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXO A – EXAMES DE VERIFICAÇÃO DE CESSAÇÃO DA PERICULOSIDADE .....</b>	<b>70</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A figura central deste trabalho é o louco, pura e simplesmente. Mais precisamente, o louco delinquente. Esta figura que já teve muitos nomes: alienado, degenerado, idiota, monomaníaco, histérica, patológico, doente mental. Figura que nunca foi dona de si, nem mesmo de sua própria loucura. Disputado pelas instituições e saberes pelo monopólio de exilar, encarcerar ou hospitalizar, sempre na tentativa de normalizar seus corpos, de quem também não eram donos. A história do louco é uma história sem sujeito, sem protagonista, sem narrador em primeira pessoa. É uma história difícil de ser contada, portanto, porque contada por psiquiatras, por juristas, por filósofos, por sociólogos. Na tentativa de se aproximar do relato dos verdadeiros sujeitos, mais do que analisar processos e laudos, se buscou analisar discursos. Discursos porque são estes os instrumentos que tratam e transmitem loucura e, portanto, são importantes ferramentas de poder.

O presente trabalho tem por objetivo fazer uma análise crítica dos pressupostos e forma de execução da medida de segurança. Para isto, tem como ponto de partida, pesquisa empírica realizada no Complexo Médico Penal do Paraná, instituição carcerária localizada na cidade de Piraquara, responsável, dentre outros, pela custódia de sentenciados e sentenciadas em medida de segurança, em sede de internamento.

Primeiramente, apresenta-se uma breve introdução histórica sobre o tratamento da loucura no Brasil e, como não poderia deixar de ser, uma análise paralela da evolução dos discursos psiquiátricos que se desenvolveram aqui e influenciaram na construção legislativa em torno da figura do louco delinquente. Imprescindível a apresentação do processo que culminou na medida de segurança nos seus atuais moldes para uma análise mais acertada dos pressupostos desta, quais sejam: inimputabilidade e periculosidade.



Dentro do conceito de inimputabilidade, procura-se desconstruir os conceitos de normal e anormal, saúde e doença, questionando a busca pela essência da loucura ou da sanidade dentro dos indivíduos. Quanto ao controverso conceito de periculosidade, a sua presunção é o objeto de análise, bem como a própria possibilidade de se conceituar, e mais, prever a periculosidade de portadores de transtornos mentais.

Por último, a exposição dos dados e resultados da pesquisa empírica busca demonstrar o saldo final tanto do nosso ordenamento jurídico quanto do funcionamento das nossas instituições jurídicas e psiquiátricas.

## 2. BREVE HISTÓRICO DO TRATAMENTO DA LOUCURA NO BRASIL

A história da loucura<sup>1</sup> é menos a história das patologias em si, e mais a história dos discursos, das rupturas, das resignificações e da própria construção do conceito de loucura.

Os primeiros contatos com a loucura ou a sua percepção não se deram originalmente por médicos e doutores, mas pela sociedade, que percebeu o desvio dos padrões morais e da razão e criou o conceito de loucura, categorizando a figura do louco. A percepção social da loucura foi produzida pelas diversas instituições da sociedade, como a polícia, a família, a justiça, a Igreja, através das transgressões das leis da razão e da moralidade.<sup>2</sup> Partindo da Teoria Genealógica de Foucault, entende-se a loucura como algo que não possui essência própria, mas que tem um sentido conferido por determinados grupos sociais em diferentes épocas.<sup>3</sup>

O Brasil colônia não conheceu o que hoje se denomina manicômio ou qualquer figura parecida. Os loucos dóceis, como eram denominados, eram tratados dentro do próprio convívio familiar e aqueles que não contavam com o apoio familiar eram acolhidos por Casas de Misericórdia, quase sempre administradas pela Igreja Católica, espaços dos excluídos da época. Os alienados transgressores não se diferenciavam dos criminosos comuns, recebendo o mesmo destino destes: a prisão. A medicina ainda não tinha adentrado o campo da loucura que era então o espaço

---

<sup>1</sup> Os termos “loucura” e “louco” serão recorrentes neste trabalho e, para fins deste, devem ser tomados pelo seu significado popular.

<sup>2</sup> GUEDES, Simone Cordeiro Costa. *A Chácara dos Loucos e o imaginário sobre a loucura*. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 24., 2007, São Leopoldo, RS. Anais do XXIV Simpósio Nacional de História – História e multidisciplinaridade: territórios e deslocamentos. São Leopoldo: Unisinos, 2007. <<http://anais.anpuh.org/?p=13957>> Acesso em 23/09/2016. P. 3.

<sup>3</sup> PADOVAN, Maria Concepta. *Demônios da rua e “anjos do lar”: a mulher, o espaço urbano e a loucura no Recife das décadas de 1930-1945*. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 25., 2009, Fortaleza. Anais do XXV Simpósio Nacional de História – História e Ética. Fortaleza: ANPUH, 2009. <<http://anais.anpuh.org/?p=18937>> Acesso em 29/09/2016.

dos religiosos e do misticismo.<sup>4</sup> A partir da chegada da família real, o Estado começou a ter maior preocupação com os alienados que vagavam sem rumo, destinando-os aos porões das Casas de Misericórdia para fins de higienização social das cidades.<sup>5</sup>

As escolas médicas surgiram no Brasil no século XIX, porém a psiquiatria como disciplina se consolidou somente em 1881, a partir da medicina legal. Com a bandeira de humanizar o tratamento para com o patológico mental, travou-se uma luta pela psiquiatrização dos espaços asilares.

O primeiro hospital psiquiátrico, o Hospício D. Pedro II, foi fundado em 1852, no Rio de Janeiro, com evidentes inspirações francesas, em Esquirol e Pinel, priorizava ações terapêuticas de transformação do paciente, mas também mantinha uma prática policlesca de isolamento, sendo que o internamento obrigatório era imposto somente aqueles alienados que não contavam com o apoio familiar ou condição financeira favorável a sua manutenção em liberdade.<sup>6</sup> Os relatos acerca da instituição na época, entretanto, denunciavam que não houve efetivo progresso quanto ao ideal de humanização do tratamento para com os alienados.

os loucos por leitos tinham tábuas, sem colchões nem travesseiros, nem ao menos cobertura para lhes ocultarem a nudez e os resguardarem dos rigores do inverno. Os loucos agitados eram metidos em caixões de madeira, onde permaneciam nus e expostos às interpéries.<sup>7</sup>

---

<sup>4</sup> JACOBINA, Paulo Vasconcelos. *Direito Penal da Loucura*. Brasília: ESMPU, 2008, p. 62.

<sup>5</sup> FONTE, Eliane Maria Monteiro da. *Da Institucionalização da Loucura à Reforma Psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil*. Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE, Pernambuco, v. 1, n. 18, 2012. <<http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/60/48>> Acesso em 29/09/2016.

<sup>6</sup> Ibidem, cap. 1.

<sup>7</sup> CHARAM, Isaac. *A Legislação sobre Doentes Mentais no Brasil: Revisão e Estudo Crítico*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1986. P. 7.

Durante o Segundo Reinado, foram criadas hospícios nos mesmos moldes em São Paulo (1852), Pernambuco (1864), Pará (1873), Bahia (1874), Rio Grande do Sul (1884) e Ceará (1886).<sup>8</sup>

Em 1890, o Hospício D. Pedro II é desvinculado da Santa Casa de Misericórdia e subordinado à Administração Pública, tornando-se a primeira instituição pública de saúde, chamada de Hospital Nacional de Alienados. Nesse mesmo período, o modelo asilar se estabeleceu como a prática dominante para ambos o tratamento e a exclusão social do alienado dos centros urbanos.<sup>9</sup>

O tratamento legal dispensado ao inimputável na vigência do Código Penal de 1890, muito criticado por ter se alinhado a uma linha teórica do Direito clássico, sem dialogar com os nascentes ideais cientificistas da escola antropológica (lombrosiana), perdurou por toda Primeira República quase sem alterações e foi marcado pela entrada da psiquiatria nos tribunais. O art. 29 do Código Penal de 1890 previa que os indivíduos isentos de culpa por afecção mental deveriam ser recolhidos aos hospitais de alienados se sua manutenção no meio familiar não fosse possível, ou seja, estabelecia o ambiente familiar ou hospitalar como detentores do domínios sobre os loucos da época.<sup>10</sup>

Embora a lei determinasse o recolhimento em hospital, o espaço manicomial e hospitalar comum não fora pensado originalmente para abrigar os “loucos criminosos”, causando assim problemas estruturais graves a estes espaços quando ocorriam fugas e rebeliões, gerando dano ao local físico e a outros pacientes. É o

---

<sup>8</sup> Ibidem, cap. 1.

<sup>9</sup> Ibidem, cap. 2.

<sup>10</sup> PAULA, Richard Negreiros de. *A cadeia e o hospício: crime e loucura no Rio de Janeiro entre os séculos XIX e XX*. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 25., 2009, Fortaleza. Anais do XXV Simpósio Nacional de História – História e Ética. Fortaleza: ANPUH, 2009. <<http://anais.anpuh.org/?p=18184>> Acesso em 29/09/2016. P. 3.

que se verifica quando analisados os documentos relativos ao Hospital Nacional de Alienados no Rio de Janeiro:

Os sucessivos relatórios dos diretores do asilo, desde o Império, evidenciam que este vivia constantemente acima de sua lotação; com precária operacionalidade, devido à falta de verba e de pessoal que desse conta do grande número de pacientes; e por fim, a ausência de instalações adequadas tornou o HNA palco de fugas e rebeliões engrossadas por loucos criminosos.<sup>11</sup>

Para Negreiros de Paula<sup>12</sup>, a institucionalização e psiquiatrização da loucura no início do séc. XX, durante a Primeira República, tinha como perspectiva a construção de uma nação que fosse compatível com a nova ordem social, republicana e burguesa, e com um capitalismo nascente. Nesse contexto, a figura do louco degenerado era indesejável por manchar esse ideal de “brasilidade”, e acreditava-se que este derivaria, assim como o criminoso, do “cruzamento racial”. Assim, ocorre a identificação da loucura como doença e degeneração da raça.

Essas concepções raciais eram apoiadas pelas vertentes científicas da época e foram ainda mais incrementadas quando do surgimento dos estudos de Lombroso<sup>13</sup>, que faziam uma ligação entre característica fenótipa e mental. Predominavam na comunidade médica da época as ideias de inferioridade biológica e cultural do índio e do negro, defendendo-se que isto poderia ser inclusive comprovado cientificamente, sendo que a “mestiçagem” era apontada como fator quase determinante para o grau de degeneração e anormalidade humana. É nesse cenário que se inicia o processo de criminalização da loucura:

---

<sup>11</sup> Ibidem, p. 7.

<sup>12</sup> PAULA, Richard Negreiros de. *O pensamento nacionalista dos médicos: a questão da montagem da saúde mental no Brasil da Primeira República (1900-1930)*. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 23., 2005, Londrina. Anais do XXIII Simpósio Nacional de História – História: guerra e paz. Londrina: ANPUH, 2005. <<http://anais.anpuh.org/wp-content/uploads/mp/pdf/ANPUH.S23.1512.pdf>> Acesso em 26/09/2016.

<sup>13</sup> Cesare Lombroso (1835-1909) médico italiano, um dos maiores representantes da chamada Criminologia Positivista. Desenvolveu a conhecida teoria do criminoso nato. Entre suas obras destaca-se *L'uomo delinquente* (1876).

O parentesco entre loucura e crime, presente desde meados do século em concepções como a ‘monomania’ de Esquirol ou a ‘loucura moral’ de Pritchard, constitui um aporte básico para a expansão do alienismo para além dos muros do hospício, ao dissociar loucura e razão e abrindo a possibilidade teórica de uma loucura sem delírio, remetida exclusivamente à esfera dos comportamentos. A ampliação do conceito de loucura, iniciada aí, torna a psiquiatria um dispositivo eficaz e refinado: de ‘furiosa’, a loucura se torna insidiosa, gruda-se à própria pele do indivíduo; torna-se, ademais, invisível – exceto para o olhar do especialista, que vê reforçada sua competência – e uma ameaça infinitamente maior a ser enfrentada, corporificada nas figuras ameaçadoras dos vadios, dos jogadores, das prostitutas e seus cafetões, dos ladrões, dos assassinos, de todos os tipos de ‘desordeiros’ contidos na população urbana.<sup>14</sup>

O objetivo psiquiátrico era docilizar e transformar em mão de obra o “desordeiro”, tornando-o um cidadão pacato, e a este processo deu-se o nome de tratamento. A estreita relação estabelecida pelo discurso psiquiátrico entre degenerescência e loucura contribuiu para a formação do conceito de periculosidade e associação entre criminalidade e loucura. O conceito de loucura e, conseqüentemente, de doença mental, foram alargados pelo discurso psiquiátrico para abarcar uma coletividade de indivíduos desviantes que tinham comportamentos considerados nocivos à nova ordem social e política que se instaurava.

Foucault identifica a utilização de dispositivos disciplinares e técnicas de poder para organizar o tratamento da loucura, mantendo sob controle os anormais.<sup>15</sup> Isso pode ser confirmado em especial pela criação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), criada em 1923, com ideais manifestamente eugênicos e características racistas, xenofóbicas e antiliberais. A instituição, que ganhou força, defendia como formas de tratamento e expurgo da loucura por meio de técnicas de

---

<sup>14</sup> CUNHA, Maria Clementina Pereira da. *O espelho do mundo: Juquery a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. P. 24.

<sup>15</sup> LIMA, Andrea de Alvarenga; HOLANDA, Adriano Furtado. *História da psiquiatria no Brasil: uma revisão da produção historiográfica (2004-2009)*. Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia UERJ, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2º quadrimestre de 2010. <<http://www.revispsi.uerj.br/v10n2/artigos/html/v10n2a17.html#mailfim>> Acesso em 26/09/2016.

isolamento e purificação racial inclusive por esterilização. Notadamente, a Liga se fundava nos ensinamentos de Lombroso da escola antropológica e influenciou fortemente a comunidade psiquiátrica. A partir da década de 40 passaram a ser introduzidos métodos de psiquiatria biológica no tratamento de alienados como a psicocirurgia (lobotomia), insulinoaterapia, eletroconvulsoterapia e choque cardizólico, só vindo a ser utilizados os psicofármacos no tratamento após 1955.<sup>16</sup>

É no mesmo contexto da LBHM que surgem os primeiros manicômios judiciais, no Rio de Janeiro em 1921, e em São Paulo em 1933, fundados na necessidade de fornecer tratamento científico especializado aos loucos delinquentes, inaugurando esses espaços dúbios, em que o internado não é nem doente nem criminoso, mas ao mesmo tempo ambos.<sup>17</sup>

Em 1940 foi sancionado o novo Código Penal, que assumiu uma política de conciliação entre os postulados clássicos e os princípios da Escola Positivista e inseriu em nosso ordenamento jurídico as medidas de segurança. O Código se manteve equidistante tanto da Constituição de 1934, quanto da Constituição de 1946. O diploma legal adotava o regime duplo binário, que possibilitava a imposição da medida de segurança independente da imputabilidade. Este sistema previa que, se reconhecido o *estado perigoso*, seriam aplicáveis tanto a pena como a medida de segurança, conjunta e sucessivamente, inclusive ao imputável e semi-imputável.<sup>18</sup> O estado perigoso se dividia em duas hipóteses; presunção legal e declaração judicial.<sup>19</sup> Os inimputáveis estavam contidos na primeira hipótese e a segunda

---

<sup>16</sup> FONTE, Eliane Maria Monteiro da. *Da Institucionalização da Loucura à Reforma Psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil*. Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE, Pernambuco, v. 1, n. 18, 2012. Cap. 3. <<http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/60/48>> Acesso em 29/09/2016.

<sup>17</sup> JACOBINA, Paulo Vasconcelos. *Direito Penal da Loucura*. Brasília: ESMPU, 2008, p. 65.

<sup>18</sup> CARVALHO, Salo de. *Penas e Medidas de Segurança do Direito Penal Brasileiro*. 2ª ed. São Paulo: Saraiva, 2015. P. 504.

<sup>19</sup> Idem.

poderia-se inserir todos cuja personalidade, antecedentes, circunstâncias do crime, entre outros, autorizassem.

Basileu Garcia, professor brasileiro, foi o primeiro a denunciar a natureza penal das medidas de segurança, em 1945.<sup>20</sup> A partir da década de 70, o cenário teórico do Brasil foi marcado pelas proposições teóricas de Foucault mesclado a um marxismo gramsciano.<sup>21</sup> Propiciava-se a denúncia do caráter de instrumento técnico-científico da Medicina como novo saber-poder de disciplinarização da população.<sup>22</sup>

Apesar das diversas alterações legislativas do Código, somente em 1984 houve maior reforma, promovida por comissão especial de juristas instituída pelo Ministério da Justiça em 1980, que reformou a parte geral do Código Penal de 1940 e, paralelamente, criou a Lei de Execução Penal de 1984. Entre as alterações realizadas, houve a substituição do sistema duplo binário pelo sistema vicariante, excluindo-se a possibilidade de aplicação de medida de segurança à imputáveis e a aplicação concomitante de pena e medida de segurança.<sup>23</sup> Os moldes da medida de segurança no atual ordenamento jurídico serão melhor expostos no capítulo seguinte.

O ano de 1978 marca o deflagramento da reforma psiquiátrica a partir da crítica institucional. Segundo Amarante e Torre<sup>24</sup>, neste ano culminaria a crise do

---

<sup>20</sup> ZAFFARONI, Eugênio Raúl; BATISTA, Nilo; ALAGIA, Alejandro; SLOKAR, Alejandro. *Direito Penal Brasileiro: primeiro volume - Teoria Geral do Direito Penal*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Revan, 2011. Cap. VI, § 18, IV.

<sup>21</sup> LIMA, Andrea de Alvarenga; HOLANDA, Adriano Furtado. *História da psiquiatria no Brasil: uma revisão da produção historiográfica (2004-2009)*. Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia UERJ, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2º quadrimestre de 2010. <<http://www.revispsi.uerj.br/v10n2/artigos/html/v10n2a17.html#mailfim>> Acesso em 26/09/2016.

<sup>22</sup> FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Org. e trad. de Roberto Machado. 13ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1998. P. 113-128.

<sup>23</sup> ZAFFARONI; BATISTA; ALAGIA; SLOKAR. *Direito Penal Brasileiro...* Op. Cit. Cap. VI, § 18, V.

<sup>24</sup> FONTE, Eliane Maria Monteiro da. *Da Institucionalização da Loucura à Reforma Psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil*. Revista do Programa de Pós-Graduação em



DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pelo setor da saúde mental, precarizado e já abarrotado de denúncias de maus tratos, estupros, trabalho escravo e mortes inexplicadas dentro dos grandes manicômios brasileiros. Sob forte influência de teóricos como Foucault (1975), Goffman (1996) e Basaglia (1985), fortaleceu-se o movimento de reforma psiquiátrica, perpetrado majoritariamente pelo Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental e Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, que tinha como meta principal a extinção da figura dos manicômios e a busca por tratamentos alternativos desinstitucionalizados. Ao final da década de 80 surgem os primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e há o fechamento de alguns manicômios, em 1987 foi realizada a primeira Conferência em Saúde Mental, no Rio de Janeiro, e em 1989 foi proposto projeto de lei no Congresso Nacional que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa portadora de transtorno mental e a extinção progressiva dos manicômios em território nacional, marcando a entrada das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica no campo legislativo.

Na década de 90, em função do compromisso nacional firmado pelo Brasil na Declaração de Caracas<sup>25</sup> e da Luta Antimanicomial, foram sancionadas as primeiras normas em atenção ao portador de transtorno mental ou psíquico e a implementação de serviços aos moldes do CAPS para o tratamento extramuros, com enfoque na inserção social e progressiva desinstitucionalização. As duas legislações que solidificaram essa nova política de saúde pública, compromissada com a desospitalização como forma de realização de direitos humanos, foi a apelidada Lei Antimanicomial (Lei nº 10.216/2001), que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e criação de serviços substitutivos bem como regulamentação da internação compulsória apenas para períodos de surto psicótico, e a Lei nº

---

Sociologia da UFPE, Pernambuco, v. 1, n. 18, 2012. Cap. 5.  
<<http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/60/48>> Acesso em 29/09/2016.

<sup>25</sup> Documento que marca a reforma na atenção à saúde mental nas Américas, adotada pela Organização Mundial de Saúde, em Caracas, Venezuela, em 14 de novembro de 1990.

10.708/2003, que cria o auxílio-reabilitação psicossocial, destinando aos egressos de hospitais psiquiátricos - incluído aqui os de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - um auxílio financeiro mensal para promover a sua reabilitação e tratamento fora da instituição.<sup>26</sup>

Ainda, em âmbito estadual, o Paraná sancionou a Lei estadual nº 11.189/95, portanto, anterior às legislações federais supramencionadas, que instituíam procedimentos rigorosos para a ampliação de leitos em ala psiquiátrica de hospitais bem como vedava a construção de novas instituições psiquiátricas, com o intuito de progressivamente diminuir o número de hospitais psiquiátricos do estado e aumentar a rede de atendimento psicossocial não-hospitalocêntrico.

Embora a nova política nacional de saúde mental não faça distinção quanto aos internos em hospital psiquiátrico comum e aqueles em regime de medida de segurança, estes últimos ainda encontram dificuldades em ver seus direitos efetivados, em especial quanto ao direito à liberdade e a efetivação da preferência pelo tratamento em regime ambulatorial.

---

<sup>26</sup> FONTE, Eliane Maria Monteiro da. *Da Institucionalização... Op. Cit.* Cap. 6.

### 3. MEDIDA DE SEGURANÇA NO CÓDIGO PENAL DE 1940

A medida de segurança prevista no Título VI do Código Penal de 1940 é resultado da opção do legislador pelo sistema dualista alternativo ou vicariante, introduzido pela reforma de 84. Assim, estas respostas penais são aplicadas alternativamente, sendo que a aplicação da medida de segurança pressupõe: o cometimento de fato delituoso e a periculosidade criminal decorrente da inimputabilidade do autor<sup>27</sup>. O sistema de responsabilidade criminal adotado se divide em dois fundamentos a depender da qualidade do autor do crime como imputável ou inimputável: “sistema de culpabilidade (imputabilidade/pena) e sistema de periculosidade (inimputabilidade/medida de segurança)”.<sup>28</sup>

Considera-se que o agente inimputável psiquicamente, ou seja, portador de sofrimento psíquico ou doença mental, não apresenta a capacidade de compreender a ilicitude de seus atos ou de se determinar conforme a sua vontade, apresentando uma excludente de culpabilidade. Em um sistema penal fundado no livre-arbítrio, esse sujeito não pode ser condenado e apenado, pois a sua ação típica e antijurídica não se encaixaria nos moldes do conceito de crime. A loucura, portanto, é antítese de crime, onde esta se faz presente, o crime não pode existir.<sup>29</sup>

Então, a medida de segurança surge como uma alternativa penal que dá a resposta esperada pela sociedade e tem função preventiva futurística, isolando o inimputável e prevenindo novos crimes, fundando-se na sua inerente periculosidade e promovendo tratamento psiquiátrico compulsório.

---

<sup>27</sup> SANTOS, Juarez Cirino dos. *Direito Penal: Parte Geral*. 6 ed. ampl. e atual. - Curitiba, PR: ICPC Cursos e Edições, 2014, p. 620.

<sup>28</sup> CARVALHO, Salo de. *Penas e Medidas...* Op. Cit. P. 501.

<sup>29</sup> FOUCAULT, Michel. *Os Anormais: Curso no Collège de France (1974-1975)*. Aula de 15 de janeiro de 1975. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2001. P. 39.

Fundada em aspectos subjetivos do agente (periculosidade e inimputabilidade psíquica), a medida de segurança não guarda correspondência com o *quantum* das penas dos tipos penais, sendo que o Código Penal prevê duração indeterminada da sanção, desde que respeitado o tempo mínimo de 1 a 3 anos. A extinção se dá pela verificação da cessação da periculosidade, através de exame composto, principalmente, por laudo psiquiátrico. Por óbvio, a duração indeterminada mencionada na letra da lei leva frequentemente a consequências catastróficas, como elucida Cirino dos Santos:

A duração indeterminada das medidas de segurança estacionárias significa, frequentemente, privação de liberdade perpétua de seres humanos, o que representa violação da dignidade humana e lesão do princípio da proporcionalidade, pois não existe correlação possível entre a perpetuidade da internação e a inconfiabilidade do prognóstico de periculosidade criminal do exame psiquiátrico.<sup>30</sup>

As duas modalidades de medida de segurança previstas na legislação seriam em sede de internamento (detentiva ou estacionária) e tratamento ambulatorial (restritiva). A escolha, no entanto, entre essas duas modalidades, não fica a critério do Judiciário, mas já foi previamente determinada em lei, estando restrita a aplicação do tratamento ambulatorial somente quando o tipo penal incurso prescrever pena de detenção. Portanto, mesmo em crimes de menor gravidade, em que não se configure lesão ou tentativa de lesão à vida humana, mas punível com reclusão, será determinada a internação.

Esta previsão configura flagrante descumprimento do princípio da individualização da pena, pois ignora os fatos e particularidades do delito cometido e institui uma sanção padrão para todos que se encaixem nos moldes de inimputabilidade e periculosidade. A medida imposta não guarda proporcionalidade

---

<sup>30</sup> SANTOS, Juarez Cirino dos. *Direito Penal: Parte Geral*. 6 ed. ampl. e atual. Curitiba: ICPC Cursos e Edições, 2014. P. 627.

com o dano causado, sendo uma resposta de elevada gravidade aplicada indiscriminadamente, justificada e protegida sob o manto impenetrável dos “fins terapêuticos e curativos”. Como veremos mais adiante, nem mesmo o discurso médico justifica esta escolha legislativa, por retirar das mãos dos médicos o poder de dizer qual seria a melhor forma de tratamento a ser dispensado para aquela patologia, e não àquele crime.<sup>31</sup>

A imposição de tal medida, vez que fundada em conceito diverso da culpabilidade, não poderia seguir os mesmos ditames da pena comum. Assim, a legislação brasileira criou a absolvição imprópria, que admite a responsabilidade do réu, reconhece sua inimputabilidade e lhe impõe a medida de segurança. Já nesse aspecto há um profundo conflito constitucional entre a medida de segurança e o art. 5º, inciso LVII da Constituição Federal, que prevê a impossibilidade de sancionamento sem sentença penal condenatória transitada em julgado. A natureza *sui generis* da sentença ultrapassa os limites da legalidade. Como elucida Jacobina, a aplicação de sanção terapêutica sob fundamento de tratamento, aplicada no âmbito de processo penal, em obediência à legislação penal e ainda cumprida em estabelecimento penal, é sanção de natureza penal e, portanto, de problemática constitucionalidade.<sup>32</sup> Isso fica ainda mais evidente quando a própria comunidade científica e o SUS (Sistema Único de Saúde) negam o caráter terapêutico da internação, realçando sua finalidade estritamente punitiva.<sup>33</sup>

---

<sup>31</sup>“A segunda observação possível é alvo de inúmeras críticas por parte dos psiquiatras. Ela se refere ao fato de o tipo de tratamento psiquiátrico judicialmente determinado ser aplicado sob a forma de internação hospitalar ou ambulatorial e com base não, como deveria ser, a partir da natureza e da gravidade do transtorno psiquiátrico, e sim da natureza e da gravidade do crime praticado. Em outras palavras, a internação ou o tratamento ambulatorial não se realizam segundo critérios médicos, mas legais.” (ABDALLA-FILHO, Elias; TELLES, Lisieux E. de Borba. *Avaliação de Risco de Violência. In. Psiquiatria forense de Taborda* [recurso eletrônico], Elias Abdalla-Filho, Miguel Chalub, Lisieux E. de Borba Telles. – 3. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2016. P. 275)

<sup>32</sup> JACOBINA, Paulo Vasconcelos. *Direito Penal...* Op. Cit. P. 99.

<sup>33</sup> Idem.

O legislador, bem como os doutrinadores que ainda defendem a medida de segurança nos seus atuais moldes, rebatem esses argumentos defendendo que a medida de segurança não configura pena, afinal, como já explanado, o inimputável não pode ser apenado. Assim, os princípios e garantias que tratam da pena não poderiam alcançar a medida de segurança, por serem destinados a outra espécie de sanção penal.

A medida de segurança como uma forma de tratamento é, na verdade, uma falácia, pois acaba por afastar as garantias constitucionais ao mesmo tempo que falha em garantir o tratamento prometido, por não se comunicar com as novas correntes da psiquiatria e medicina e estar presa a fins reais de segregação do louco da sociedade. A distinção entre pena e medida de segurança é meramente ontológica, podendo a medida de segurança ser muito mais prejudicial materialmente.

[Medida de segurança]...não se distingue da pena: ela também representa perda de bens jurídicos e pode ser, inclusive, mais aflitiva do que a pena, por ser imposta por tempo indeterminado. **Toda medida coercitiva imposta pelo Estado, em função do delito e em nome do sistema de controle social, é pena, seja qual for o nome ou a etiqueta com que se apresenta.**<sup>34</sup>

Ao se adentrar em qualquer manicômio judicial ou, como a nova nomenclatura exige, Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, é evidente a aparência de cárcere e inegável a finalidade punitiva da medida de segurança. Prova maior disso é que os HCTP's, embora referidos em lei como instituições hospitalares, não integram o Sistema Único de Saúde (SUS), mas sim o sistema penitenciário, e são regidos pelos princípios e regras da execução penal. Franco

---

<sup>34</sup> FRAGOSO, Heleno Cláudio. *Lições de Direito Penal*. 16ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2003. P. 549 (grifos acrescentados)

Basaglia, psiquiatra italiano considerado um dos fundadores da antipsiquiatria, já falava da similaridade entre o cárcere e o manicômio judicial:

[...] tanto o manicômio quanto a prisão são instituições de Estado que servem para manter limites aos desvios humanos, para marginalizar o que está excluído da sociedade [funções reais]. É muito difícil dizer com precisão o que é a marginalidade ou o que é a doença mental, como é muito difícil compreender a presença dessas pessoas nestas instituições, porque manicômio e prisão são situações intercambiáveis: podemos tomar um preso e colocá-lo no manicômio ou tomar um louco e metê-lo na prisão.<sup>35</sup>

Conforme o já exposto e o que ainda será demonstrado nos capítulos adiante, inegável o caráter de pena da medida de segurança, que talvez só não poderia ser assim referida por se tratar de coisa pior, sanção ainda mais grave do que o moderno ordenamento jurídico permitira considerar como pena. A natureza sancionatória e punitiva das medidas de segurança exigem que o texto constitucional seja interpretado ampliativamente, “pena” assumindo o sentido de “sanção penal” e abarcando tanto pena quanto medidas de segurança e socioeducativas.<sup>36</sup> Desta forma, a vedação a perpetuidade da pena, prevista no art. 5º, XLVII, *b* da Constituição Federal alcançaria também as medidas de segurança.<sup>37</sup>

Embora na passagem acima o autor mencione especificamente o princípio da vedação a perpetuidade das penas, a mesma lógica pode ser aplicada para os outros princípios constitucionais, como a proporcionalidade, legalidade, pessoalidade e individualização da pena.

Nesse sentido, já é possível perceber uma tendência jurisprudencial em acatar limites à medida de segurança que refletem os princípios constitucionais,

---

<sup>35</sup> BASAGLIA, Franco. *Psiquiatria Alternativa*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Brasil Debates, 1979. P. 45.

<sup>36</sup> CARVALHO, Salo de. *Penas e Medidas...* Op. Cit. P. 513.

<sup>37</sup> Idem.

notadamente no caso da recente súmula nº 527 do STJ<sup>38</sup>, que impõe um limite a duração indeterminada da medida de segurança, restringindo-a ao máximo da pena abstratamente cominada ao tipo penal. Antes da súmula, afora a possibilidade da cessação da periculosidade, somente através do indulto poderia cessar a medida de segurança dentro deste prazo.

Mas aquém da falta de aplicação dos princípios constitucionais aos submetidos a medidas de segurança, que por si só já configura uma enorme violação de direitos humanos, ainda lhe são negados uma série de direitos e benefícios tais como livramento condicional, progressão de regime, detração, remição da pena, suspensão condicional da pena e do processo, por serem incompatíveis com a medida de segurança na forma como esta foi concebida.

Todos esses direitos inerentes à execução penal estão ligados à função ressocializadora da pena e refletem princípios constitucionais caros a manutenção da dignidade humana. A não contemplação da medida de segurança por estes reflete o que vem a ser seu real fim, que não guarda preocupação com a ressocialização do internado, muito menos com a sua devida reinserção social. A medida de segurança é essencialmente preventiva e tem em suas raízes fincadas numa perversa lógica lombrosiana, que entende o portador de sofrimento psíquico como naturalmente perigoso e, portanto, passível de ser segregado em função da proteção da sociedade.

Aos loucos em conflito com a lei, resta um espaço de não-direito, de não-ser, de não-existir, que nos remete ao conceito de *vida nua* de Agamben<sup>39</sup>, uma situação

---

<sup>38</sup> Súmula 527-STJ: “O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado.” STJ. 3ª Seção. Aprovada em 13/05/2015

<sup>39</sup> AGAMBEN, Giorgio. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I*, trd. Henrique Burigo, 2 ed., Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002 (*Homo Sacer – Il Potere Sovrano e la nuda vita*)



de limbo jurídico. A vida matável, indigna de ser vivida e que portanto, para além do “deixar morrer”, pode-se “fazer morrer”.

### **3.1. Inimputabilidade psíquica: a falácia tutelar**

*De perto ninguém é normal*

- *Caetano Veloso*

Ao falar da inimputabilidade psíquica hoje, nos fundamos num discurso médico apropriado - de forma bastante controvertida, diga-se de passagem - pelo discurso jurídico; mas nem sempre foi destas áreas o monopólio de tratamento da temática. Como já exposto, houve um embate entre as áreas do conhecimento pelo monopólio do saber acerca das patologias mentais e psíquicas, que já foram chamadas de tantos outros nomes no passado, a depender da área do conhecimento que se propunha a tratar ou extirpar esse “mal”. Hoje, inimputabilidade psíquica é sinónimo de patologia, mais especificamente, transtorno mental ou psíquico, que levaria a distorção da percepção da realidade de seu portador ou incapacidade de reger suas vontades e de separar as vontades do “ser” das “vontades da doença” - se é que é possível falar em tal distinção.

Cabe aqui então apresentar o conceito de transtorno mental majoritariamente aceito na comunidade médica, vez que é esta a responsável no atual momento por tratar da temática da loucura, tendo a esta imputado a identidade de patologia.

[Transtorno mental] é o conjunto de sintomas ou comportamento clinicamente reconhecível e associado, na maioria dos casos, a sofrimento para o indivíduo ou interferência com seu funcionamento pessoal<sup>40</sup>

Já neste conceito é possível identificar o caráter moralizante da disciplina psiquiátrica e da indissociabilidade entre psiquiatria e cultura, quando falamos do funcionamento pessoal como parte do conceito de transtorno mental. O funcionamento pessoal não é um sintoma fisiológico como comumente observamos no diagnóstico de uma doença - febre alta, alterações hormonais ou aparecimento de tumores, por exemplo, sintomas de fácil identificação objetiva -, mas depende do que a sociedade em que o indivíduo está inserido considera ser o devido “funcionamento pessoal”. Portanto, tem muito mais semelhança com uma expectativa moral do que com um sintoma.

O *funcionamento* tem a ver com expectativas, com a conduta social. Significa dizer que o diagnóstico psiquiátrico também é sistematização que apresenta juízo de valor, é de índole moral, responde à necessidade de reduzir riscos sociais. A Psiquiatria, por mais biológica ou ciência médica que seja, é herdeira do moralismo clássico.<sup>41</sup>

Quando falamos em expectativa moral de comportamento, caímos na questão de qual moral nos referimos. A moral, diferente da ética que se propõe universal, é produto de uma sociedade que carrega uma identidade cultural própria. Toda cultura é definida como uma realização de valores que estão atrelados a expectativas. A expectativa de determinados comportamentos é o que permite a vida em sociedade, transmite segurança, nos remetendo ao conceito rousseauiano de “contrato social”. A anormalidade, então, seria a não correspondência a estas expectativas, a quebra

---

<sup>40</sup> CAETANO, Dorgival. *O diagnóstico em psiquiatria: conceito e histórico*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Científica Nacional, v. 45, n. 10, 1996. P. 585.

<sup>41</sup> VELO, Joe Tennyson. *Teoria crítica do juízo de imputabilidade criminal: a partir da história do encontro entre o saber jurídico e o saber psiquiátrico*. Curitiba: Ed. UFPR, 2013. P. 61.

do contrato que geraria insegurança e desestabilização social, a realização do caos. Já que estamos em terreno de contratualistas, a anormalidade corresponderia a quebra da boa-fé.

Foucault vai além, trabalhando o conceito de normalidade e loucura a partir das relações de poder. A partir do século XIX, a loucura começa a ser percebida mais em relação ao regular e normal, como forma de desordem na maneira de agir, na forma de experimentar paixões, se inscrevendo no *eixo paixão-vontade-liberdade*.<sup>42</sup> Nasce então o direito absoluto da não-loucura sobre a loucura<sup>43</sup>, a necessidade de exercer poder disciplinar sobre os ditos anormais, apoiados no saber que o legitima, o saber psiquiátrico.<sup>44</sup>

É muito problemática a eleição de uma disciplina médica para tratar de questões morais ou até mesmo filosóficas, como a temática da razão. Toda a idéia da loucura, desde a herança iluminista até depois da patologização da condição, é historicamente tratada da perspectiva da dicotomia razão e desrazão; sendo a normalidade associada à razão e a loucura sinônimo de ausência de razão.

Por maior que tenha sido o esforço das correntes mais positivistas da Psiquiatria para lhe atribuir *status* de confiabilidade igual ao da Medicina ou da Biologia, esta é ciência humana e, portanto, falsa ciência. Apesar da tentativa de se “empiricizar” a disciplina, o objeto e instrumento centrais da Psiquiatria continuam sendo o discurso; a tentativa constante de tornar o invisível em visível, de explicar a desordem e o caos através da ótica da ordem, das normas e assim, inevitavelmente, definindo parâmetros de normalidade<sup>45</sup>.

---

<sup>42</sup> FOUCAULT, Michel. *Microfísica...* Op. Cit. P. 121.

<sup>43</sup> Ibidem, p. 127.

<sup>44</sup> FOUCAULT, Michel. *Nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)*. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008. P. 50.

<sup>45</sup> VELO, Joe Tennyson. *Teoria crítica do juízo de imputabilidade criminal: a partir da história do encontro entre o saber jurídico e o saber psiquiátrico*. Curitiba: Ed. UFPR, 2013. P. 73.

As categorias são invenções humanas, sem os seres humanos estas não existiriam, pois não são parte do mundo como ele é, mas da interpretação humana sobre o mundo. Portanto, é natural que a sociologia se debruce sobre o estudo das categorias e, entre elas, as categorias de doença e saúde, que são criadas e catalogadas pelos médicos. As categorias são criadas com base em critérios inventados e arbitrários que são capazes de abarcar tudo aquilo que se deseja, a depender dos critérios escolhido pelo catalogador. O homem é capaz de realizar os cortes que quiser na sociedade e criar tantas categorias quanto deseje, colocando dentro delas quem e o que quiser a depender do critério eleito. O que determina a eleição de categorias e quem as compõem, segundo Foucault, são os interesses em jogo. Assim, o sistema divide os sujeitos em classes: *dos normais, cujos corpos suportam a disciplina, e dos anormais, cujos corpos não se deixam perpassar pelo controle disciplinar.*<sup>46</sup>

A ideia de saúde e doença, portanto, só se torna possível a partir da eleição de um corpo ideal, que represente a ideia que se tem de saúde, e a catalogação das pessoas dentro desse critério se faz pelo nível de distância ou proximidade deste corpo ideal que representa a ideia de saúde. A cura seria portanto o retorno ao estado ideal do *homo medius*, o estado de normalidade, este conceito metafísico que representa apenas uma abstração racional.<sup>47</sup> Tanto o é que, como afirma Jacobina, *ninguém encontra um homem médio na rua tomando um cafezinho na esquina.*<sup>48</sup>

E quem define esses critérios e esse conceito ideal de saúde e, no nosso caso, de normalidade? Já vimos que, no atual momento, isso se faz pelos médicos e

---

<sup>46</sup> BORGES, Clara Maria Roman. *O Discurso dos Excluídos: O encontro de Dussel e Foucault*. Revista da Faculdade de Direito da UFPR, Porto Alegre, v. 38, p. 41-53, 2005. P. 50.

<sup>47</sup> JACOBINA, Paulo Vasconcelos. *Direito Penal...* Op. Cit. P. 47.

<sup>48</sup> Idem.

agentes das disciplinas “psi”<sup>49</sup>, que são os atuais agentes com poder político para tal.<sup>50</sup> No futuro, estes podem deixar de ser os agentes políticos que tratarão da temática da saúde mental, e a loucura poderá fazer parte de outra categoria, e novamente mudar de nome, como tem ocorrido ao longo da história.

Não é de forma alguma o objetivo deste trabalho negar a existência de distúrbios mentais e psíquicos, mas sim demonstrar que para além de questões médicas, a loucura é uma questão cultural e moral, e a sua catalogação não é um dado do mundo, mas serve a interesses bem demarcados. Interesses de exclusão, interesses de higienização social e também de disputa de poder político.

A racionalidade não está presente nas mentes saudáveis e ausente nas mentes “insanas”. O que se questiona é justamente esta negação de racionalidade na loucura, a negação de que possa existir outras formas de racionalidade do que aquela socialmente imposta. Se concebermos a razão como capacidade de inteligência (apreender, compreender, julgar, etc.), então na loucura não há um grau a menos de razão do que os parâmetros de normalidade. Isso porque o que difere entre a loucura e a normalidade não é a razão em si, mas a sua forma de organização, ou seja, a lógica. A lógica, por outro lado, admite uma pluralidade de formas (indução, dedução, hipótese, etc.), sendo matéria de operações intelectuais que visam produzir verdade, e suas variadas formas não negam a racionalidade, apenas a organizam.<sup>51</sup>

A capacidade de bem julgar e de distinguir o verdadeiro do falso, que é propriamente o que se denomina bom senso ou razão, é por natureza igual

---

<sup>49</sup> Disciplinas ou matérias “psi” entendidas como os campos da Psiquiatria, Psicologia e Psicanálise, campos dedicados ao estudo da psique humana.

<sup>50</sup> FOUCAULT, Michel. *Microfísica...* Op. Cit. P. 121.

<sup>51</sup> ABBAGNANO, Nicola. *Dicionário de Filosofia*; trad. da 1ª edição brasileira coordenada e revista por Alfredo Bossi; revisão da tradução e tradução de novos textos por Ivone Castilho Benedetti. 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007. P. 971.

em todos os homens; e portanto que a diversidade de nossas opiniões não decorrem de uns serem mais razoáveis que os outros, mas somente de que conduzimos nossos pensamentos por diversas vias, e não considerarmos as mesmas coisas.<sup>52</sup>

Qual é a relevância dessa diferenciação? Ora, sabe-se que estando a razão intimamente ligada ao conceito de humanidade do ser na nossa cultura, a negação da razão no outro leva a um processo de desumanização do ser. O outro, que tem a sua racionalidade questionada, de pronto perde sua credibilidade, pois a sua capacidade de produzir e perceber verdade é posta em xeque. Da mesma forma, perde seu *status* de sujeito de direitos e passa à categoria de objeto, como de cidadão de segunda classe. A desumanização produz duplo efeito; efeito negativo, de afastar direitos, e efeito positivo, de autorizar ações contra o sujeito.

Nesse contexto, a permuta da prisão pelo hospital não trouxe os avanços prometidos no tratamento do internado. A troca da disciplina pela medicalização e tratamento permanece com o mesmo objetivo de neutralização do indivíduo, mas agora, sem grandes expectativas de reinserção social. Não houve uma humanização do tratamento com o louco, mas tão somente a sua realocação da lógica carcerária para a lógica psiquiátrica, ainda num ambiente institucional de relações de poder, que não é nem inteiramente cárcere, nem inteiramente hospital, mas um limbo entre ambos. A permuta da culpa pela loucura não se propõe emancipatória, apenas substitui um modo de controle por outro.<sup>53</sup> Se livra o louco da prisão, não é por inocentá-lo, mas para impor um controle preventivo<sup>54</sup>, com novas nuances, novas formas de isolar e sancionar. Surgem e sucumbem os asilos psiquiátricos, sob o

---

<sup>52</sup> DESCARTES, René. *Discurso do Método*. Trad. Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2001. P. 5.

<sup>53</sup> CASTEL, Robert. Os médicos e os juízes. In: FOUCAULT, Michel. *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão - Um caso de parricídio do século XIX apresentado por Michel Foucault*. Trad. Denize Lezan de Almeida. 5ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1991. P. 259-260.

<sup>54</sup> *Ibidem*, p. 274.

mesmo discurso humanista, que se na sua emergência buscava livrar do carrasco, ao fim busca livrar do isolamento perpétuo.<sup>55</sup> Sucumbem, exceto para os loucos delinquentes, estes que não possuem lugar na sociedade por sua periculosidade, recebem do Direito sanção travestida de tratamento, sob o discurso psiquiátrico já superado, que lhe serve de mera ferramenta.

O problema em se instrumentalizar uma disciplina para que sirva a outra é que seus objetivos são divergentes. Enquanto o direito penal e processual penal busca a verdade processual e a persecução do cumprimento da lei, a psiquiatria, bem como as demais matérias “psi”, buscam o diagnóstico e o tratamento de distúrbios psicológicos. O direito atribui à psiquiatria algo que nunca foi de sua competência<sup>56</sup>; a tarefa de catalogar indivíduos como perigosos ou não e de prever a sua reincidência. Ainda, faz isso num ambiente que é estranho e totalmente desfavorável à aplicação das técnicas médico-psiquiátricas, quando o indivíduo está em posição de réu, avesso à colaboração e tomado pelo temor da condenação, se tornando totalmente auto-consciente.<sup>57</sup> Nesse ambiente, inevitavelmente o indivíduo se torna objeto, a sua humanidade é deixada de lado para que o profissional se concentre somente na técnica, para extrair do periciando aquilo que nunca foi formado para fazer.

Nessas circunstâncias, como se assegurar que o “diagnóstico de inimputabilidade” se dará corretamente? Ainda mais estando o conceito de

---

<sup>55</sup> Ibidem, p. 275.

<sup>56</sup> “Atualmente, não existe consenso na literatura médica sobre as relações entre doença mental e criminalidade, do ponto de vista do valor etiológico da primeira para predizer a segunda. No entanto, isso não parece ter sido um impedimento para que o campo jurídico-penal tenha continuado a instituir para a medicina psiquiátrica o caráter de único saber com competência técnica e amparo legal para determinar a periculosidade criminal de indivíduos diagnosticados como doentes ou portadores de transtornos mentais.” (MITJAVILA, Myriam Raquel; MATHES, Priscilla Gomes. *Doença mental e periculosidade criminal na psiquiatria contemporânea: estratégias discursivas e modelos etiológicos*. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 22 [ 4 ]: 1377-1395, 2012. P. 1378)

<sup>57</sup> CARVALHO, Salo de. *Antimanual de Criminologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Lumen Juris, 2008, Capítulo X.

transtorno mental tão intrinsecamente ligado a valores morais e expectativas sociais, como esperar a acertada distinção entre o desajustado social e o portador de patologia mental ou psíquica? Embora as disciplinas “psi” tenham inaugurado a patologização da loucura, somente se atribuiu novo molde a velhos conceitos. Seja loucura, seja doença psíquica ou mental, ambas etiquetas são moldes flexíveis para abarcar toda coletividade de indesejáveis. Os nomes mudam, mas os sujeitos permanecem os mesmos, e também não se verifica grandes melhoras no tratamento dispensado a estes.

Desta forma, podemos verificar que, para além dos problemas internos inerentes às próprias disciplinas “psi”, em constante evolução e sem qualquer unanimidade possível acerca da temática da loucura, há o gravíssimo problema da impossibilidade dessas matérias suprirem as expectativas que o Direito criou para elas.<sup>58</sup> Um exemplo contundente disso, é o próprio incidente de sanidade mental, a partir do qual o juiz tomará todas as decisões dentro do processo e pode, inclusive, mudar a forma como o julgador enxerga o réu e os fatos.

O objetivo principal do incidente de sanidade mental dentro do processo penal é verificar se o sujeito cometeu o delito conscientemente e no exercício de sua vontade. Este incidente só faz sentido se a análise se dá no momento do fato delituoso. Pouco ou nada importa o estado psicológico do sujeito antes ou depois do cometimento do ilícito, para o direito penal o que importa é seu estado naquele momento. A literatura médica elucida que o exame de estado mental é “o procedimento técnico e científico para aferir a presença ou a ausência de transtorno mental *ao momento em que foi realizado*”<sup>59</sup>. Não é possível se verificar o estado mental do sujeito em qualquer tempo de sua vida, mas somente ao tempo da análise. Ora, se a disciplina médica é incapaz de afirmar o estado mental do

---

<sup>58</sup> MITJAVILA, Myriam Raquel; MATHES, Priscilla Gomes. *Doença mental ...* Op. Cit. P. 1378

<sup>59</sup> BASTOS, Claudio Lyra - *Manual do Exame Psíquico: uma introdução prática à psicopatologia*. RJ: Editora Revinter. 3ª ed., 2011.



indivíduo no momento do cometimento do fato, os incidentes de sanidade mental nada mais são do que juízos de probabilidade, mas que são tomados pelos juristas com o mesmo rigor que as ciências exatas.

Finalizando este pensamento sobre a relação entre a disciplina jurídica e as disciplinas “psi”, cito o excerto abaixo que bem explicita o conflito entre ambas ao utilizar do Direito Penal para atribuir valor moral e julgar uma condição de saúde:

Embora reputado irresponsável e inimputável o louco, porque tomado por uma entidade não-humana com uma vontade superior à sua, o direito brasileiro contemporâneo prorroga a jurisdição da justiça criminal para que a doença possa sofrer um julgamento penal e ser punida - sendo esse o significado do instituto da medida de segurança: um instituto que pune a loucura, sob o fundamento, nem sempre explícito, de a desmascarar, arrancar do ser humano essa doença. De resto, acaba restringindo a liberdade do portador da doença, por via de um internamento que, se no discurso é não punitivo, na prática arranca-lhe a liberdade e a voz.<sup>60</sup>

### 3.2. Periculosidade: um conceito abstrato

*O louco é punido não pelas condutas que praticou, mas pelas crueldades futuras que as mentes dos normais imaginam que um dia ele possa praticar.*

- Virgílio de Mattos

Como vimos, a periculosidade é o pilar fundamental sobre o qual se funda a medida de segurança. Se o sujeito expressa periculosidade, a resposta automática do sistema penal é a imposição da medida de segurança, muitas vezes em prejuízo da análise da culpabilidade, reservada aos que podem ser apenados. A legislação

---

<sup>60</sup> JACOBINA, Paulo Vasconcelos. *Direito Penal...* Op. Cit. P. 42.

brasileira, historicamente, definiu duas formas de periculosidade: a social e a criminal.<sup>61</sup>

A periculosidade social deveria ser verificada pelo juiz através de alguns parâmetros que analisavam a personalidade do indivíduo, antecedentes, circunstâncias e motivos do crime.<sup>62</sup> Essa figura controversa acabou servindo como *válvula de escape à restrição da liberdade dos cidadãos inconvenientes (os ‘estranhos’) ao poder*.<sup>63</sup> Mesmo sendo excluída a expressão “periculosidade social” do ordenamento jurídico com a Reforma Penal de 1984, ela ainda se faz sorrateiramente presente como justificativa para aplicação de prisão cautelar ou preventiva e ainda no extremamente controverso *exame criminológico*, utilizado como subterfúgio para se desrespeitar os critérios objetivos de progressão de regime e livramento condicional e manter encarcerado por mais tempo os “criminosos perigosos”.

Infelizmente, a periculosidade criminal sobreviveu à Reforma Penal, embora as críticas cabíveis à periculosidade social e que levaram a sua ainda progressiva rejeição, sejam igualmente cabíveis à periculosidade criminal. Ambas são incompatíveis com os princípios da legalidade e da culpabilidade, proporcionando a dilação do encarceramento com base em critérios abstratos de perigo social. A periculosidade criminal acaba por se distinguir da social por ser presumida, não necessitando ser provada a sua existência, mas sim o seu cessamento, embora a legislação não estabeleça critérios objetivos para isso, deixando esta tarefa nas mãos dos psiquiatras. Ainda, ao invés de estabelecer ao inimputável o

---

<sup>61</sup> CRUZ, Marcelo Lebre. *A Inconstitucionalidade da Medida de Segurança face a Periculosidade Criminal*. 14/08/2009. 213 fl. Dissertação de Mestrado. UNIBRASIL. Curitiba, 2009. P. 53. <[http://www.unibrasil.com.br/sitemestrado/\\_pdf/marcelo\\_lebre.pdf](http://www.unibrasil.com.br/sitemestrado/_pdf/marcelo_lebre.pdf)> Acesso em 12/10/2016.

<sup>62</sup> Redação original do art. 78 do Código Penal de 1940, que hoje, pós Reforma Penal de 84, fazem parte das circunstâncias analisadas na dosimetria da pena, mas que também influenciam na aplicação de prisão preventiva, cautelar, entre outras medidas preventivas.

<sup>63</sup> CRUZ, Marcelo Lebre. *A Inconstitucionalidade...* Op. Cit., p. 55.

encarceramento, a medida de segurança se justifica, de forma a tentar afastar de si a pecha de cruel, pela dupla função de tratamento médico e controle social.

A doutrina majoritária conceitua periculosidade como a “potência, a capacidade, a aptidão ou a idoneidade que um homem tem para converter-se em causa de ações danosas”.<sup>64</sup> Especificamente se tratando da periculosidade do inimputável, os manuais de Direito Penal seguem também nesta linha:

Periculosidade pode ser definida como um estado subjetivo mais ou menos duradouro de antissociabilidade. É um juízo de probabilidade — tendo por base a conduta antissocial e a anomalia psíquica do agente — de que este voltará a delinquir. O Código Penal prevê dois tipos de periculosidade: 1) periculosidade presumida — quando o sujeito for inimputável, nos termos do art. 26, caput; 2) periculosidade real — também dita judicial ou reconhecida pelo juiz, quando se tratar de agente semi-imputável (art. 26, parágrafo único), e o juiz constatar que necessita de “especial tratamento curativo”.<sup>65</sup>

Dito isso, podemos extrair de pronto algumas conclusões. Primeiramente, pelo conceito jurídico de periculosidade apresentado, quase todo ser humano vivo é dotado de periculosidade - com exceção aqui talvez daqueles que por suas próprias forças físicas e grau de dependência, não possam desempenhar quase nenhuma atividade sozinhos -, independente de seu estado psíquico ou mental, pois tem potência de praticar atos danosos. Jacobina foi mais além em sua análise, dizendo que a única coisa que poderia levar alguém ao cometimento de ilícitos é a liberdade, sem a qual não se cometem crimes, todavia, também sem esta em algum grau, não se vive, logo, *a potencialidade para delinquir é a própria potencialidade para viver*.<sup>66</sup>

---

<sup>64</sup> JACOBINA, *Direito Penal...* Op. Cit. P.131.

<sup>65</sup> BITENCOURT, Cezar Roberto. *Tratado de Direito Penal: parte geral*, 1. 17ª ed. rev. ampl. e atual. de acordo com a Lei nº 12.550 de 2011. São Paulo: Saraiva, 2012. Cap. XXXIX, 4.

<sup>66</sup> *Ibidem*, p. 68.

Em segundo lugar, e esta conclusão na verdade extraímos da própria lei, a periculosidade do inimputável, ou seja, do portador de doença mental ou desenvolvimento incompleto ou retardado, é presumida. Desta forma, independente do crime ou contravenção que se tenha cometido, mesmo que este não seja de caráter violento, pois o ato realmente cometido pouco importa, o julgamento penal se torna um juízo de valor acerca da personalidade do réu, em que a sua condição mental ou psíquica não é vista como objeto de tutela, mas sim demonstrador de sua periculosidade e índole voltada ao cometimento de atos ilícitos. Essa presunção, muito longe de ter raízes científicas, é apoiada em preconceitos, como elucida Karam.

A ideia de 'periculosidade' não se traduz por qualquer dado objetivo, ninguém podendo, concretamente, demonstrar que A ou B, psiquicamente capaz ou incapaz, vá ou não realizar uma conduta ilícita no futuro. Já por isso, tal ideia se mostra incompatível com a precisão que o princípio da legalidade, constitucionalmente expresso, exige de qualquer conceito normativo, especialmente em matéria penal. A 'periculosidade' do inimputável é uma presunção, que não passa de uma ficção, baseada no preconceito que identifica o 'louco' - ou quem quer que apareça como 'diferente' - como perigoso.<sup>67</sup>

É evidente que a eleição de um elemento tão abstrato e controverso como fundamento para a aplicação das medidas de segurança não foi desproposital. A periculosidade permite que o Direito Penal exerça mais livremente seu poder seletivo para atingir e segregar qualquer classe de indesejáveis sociais, sob o pretexto de segurança pública. Para sustentar e conferir legitimidade a esse preceito de conceituação tão abstrata, o Direito se apropria das disciplinas "psi", numa tentativa de dar um sentido médico e maior credibilidade a eleição desse termo que se torna então termo médico.

---

<sup>67</sup> KARAM, Maria Lúcia. *Punição do Enfermo Mental e Violação da Dignidade*. Revista Verve PUC-SP, v.2, p. 210-224, 2002. P. 217.

Se o incidente de sanidade mental é falho por se dar no momento posterior aos fatos na tentativa de fazer uma reconstrução do passado, o exame de cessação de periculosidade é falho por tentar fazer uma previsão futura. O incidente de sanidade mental busca diagnosticar a inimputabilidade ao tempo do crime, o exame de cessação de periculosidade busca diagnosticar a periculosidade que, inexplicavelmente, perdurará por toda a vida. Foucault já alertava para os objetivos escusos deste exame, que busca *mostrar como o indivíduo já se parecia com seu crime antes de o ter cometido*.<sup>68</sup> O exame psiquiátrico busca passar do ato à conduta, do crime à maneira de ser, confundindo o crime com a própria maneira de ser do autor num estado de generalidade.<sup>69</sup> Neste ponto, podemos identificar a criminalização do ser e, mais ainda, a criminalização da loucura, essa entidade abstrata e perigosa que somente os psiquiatras podem identificar e cabe somente ao poder judiciário segregar.

Ainda mais absurda do que uma tentativa de analisar o passado é prever as condições futuras a partir das presentes, numa simples entrevista que busca nada mais do que motivos no discurso do periciado para mantê-lo internado. Este é mais um exemplo de responsabilidade atribuída às disciplinas “psi” pelo legislador sem que houvesse o menor diálogo com os profissionais destas áreas. Talvez muito mais acertado atribuir a tarefa de previsões de comportamentos futuros aos profissionais da cartomancia, pois a medicina ou qualquer outra ciência certamente ainda não alcançou este nível de precisão. Não é sem razão que Rauter deduz que *a noção de periculosidade está indissociavelmente ligada a um certo exercício de futurologia pseudocientífica*.<sup>70</sup>

---

<sup>68</sup> FOUCAULT, Os Anormais...Op. Cit. P. 24.

<sup>69</sup> Ibidem, p. 20.

<sup>70</sup> RAUTER, Cristina. *Manicômios, Prisões, Reformas e Neoliberalismo*. Discursos sediciosos. Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 71-76, 1997. P. 71.

A periculosidade, para as disciplinas “psi”, não é exclusividade dos portadores de transtornos mentais ou psíquicos e, na verdade, a presença do transtorno pode se revelar um fator de mínima relevância quanto a presença ou ausência de periculosidade.<sup>71</sup> De fato, a periculosidade como potência para causar danos é inerente a todos os componentes da sociedade. A previsão de comportamentos futuros que uma pessoa possa vir a ter, independente de sua saúde mental, com base numa entrevista ou análise num dado momento da vida não define como a pessoa virá a se comportar futuramente. Seres humanos são essencialmente indeterminados<sup>72</sup>, a ficção do determinismo do comportamento humano, se não é sustentada pela ciência, é sustentada pelos interesses políticos de se manter encarceradas determinadas populações. Sobre isso, Jacobina alerta, *nada mais forte do que buscar na natureza os fundamentos da minha dominação política*.<sup>73</sup>

Quando da análise dos exames de cessação de periculosidade, é evidente a impossibilidade da psiquiatria responder às expectativas que lhe são impostas.

... o mais paradoxal é que tais estudos não revelam apenas a precariedade dos métodos de avaliação prognóstica, mas evidenciam que, em verdade, os aspectos relacionados à própria ‘doença’ mental acabam sendo irrelevantes na avaliação, que incorpora muitas outras variáveis de cunho não médico. Assim, questiona-se, contemporaneamente, nos próprios círculos médicos,

---

<sup>71</sup> Sobre isso “Coid et al. (2015) procuraram identificar fatores associados à violência após a alta em população psiquiátrica forense que cumpriu medida de segurança, em um seguimento de seis e 12 meses. Avaliou os itens do HCR-20 e concluiu que oito dos vinte itens não puderam prever violência com valor significativo, segundo a análise estatística aplicada. Desses oito, quatro se referiram à variável histórico, o que é bastante relevante e animador, pois nos faz crer que não podemos condenar/prejulgar um doente mental, sendo a presença de transtorno mental possivelmente um fator de menor valor preditivo para violência. Por outro lado, apenas um desses itens eram relacionados à clínica do transtorno, os “sintomas ativos de doença mental”, sabidamente polimórficos e, dependendo do sintoma, como os negativos da esquizofrenia, são até protetores de comportamento violento, embora péssimos para o prognóstico do doente. Esses dados reforçam a suma importância de um exame clínico pericial de alta qualidade, pois podem se mostrar como dos melhores preditores de violência” (OLIVEIRA et al., 2016, p. 334)

<sup>72</sup> JACOBINA, *Direito Penal...* Op. Cit. P. 78.

<sup>73</sup> Ibidem, p. 73.

até mesmo a necessidade (ou relevância) de psiquiatras e psicólogos se incumbirem de tal tarefa. Tais dados e informações são de extrema valia, sobretudo para a comunidade de legisladores e operadores do Direito penal, os quais, via de regra, não tendo acesso a tais reflexões extrajurídicas, acabam esperando das perícias médicas um grau muito maior de acuidade científica e de isenção do que elas podem efetivamente proporcionar.<sup>74</sup>

Quando um sujeito imputável comete um delito, não se discute a probabilidade de reincidência quando da definição da duração da sanção, e mesmo quando o sujeito possui um histórico de delitos notável, tendo reincidido várias vezes, não se consideraria razoável o seu encarceramento por tempo indeterminado com base na certeza de sua reincidência. Por que então quando mudamos o sujeito para alguém portador de uma condição mental, isso passa a ser a regra? Por que quando o sujeito é portador de um transtorno mental ou psíquico, mesmo que tenha cometido somente um delito, de pouca ou quase nenhuma lesividade, a lei admite um exercício à *lâ Minority Report*<sup>75</sup> da justiça, e determina o seu internamento por tempo indeterminado com base num suposto perigo coletivo abstrato? A resposta poderia ser “porque, justamente, é o sujeito portador de transtornos mentais”. Se olvida, entretanto, que ser portador de transtornos psíquicos ou mentais não constitui crime.<sup>76</sup>

Sem conseguir corresponder aos parâmetros de precisão da previsibilidade, aos peritos não resta alternativa a não ser analisar os aspectos ético-morais da personalidade do periciado, recorrendo aos quesitos da lei sobre periculosidade social. Ou ainda, vez que a periculosidade é, aos olhos da lei, resultado lógico e inafastável do transtorno mental ou psíquico, diagnosticar a persistência ou não do

---

<sup>74</sup> SILVA, Eliezer Gomes da. *Transtornos mentais e crime: algumas reflexões sobre o complexo diálogo entre a psiquiatria e o direito penal*. Direito e Sociedade, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 81-125, jul./dez. 2001. P. 88.

<sup>75</sup> Filme de ficção científica de 2002, dirigido por Steven Spielberg, que retrata uma realidade futurística onde um sistema de oráculos é capaz de prever os crimes sendo possível então prender os criminosos antes do crime ser cometido.

<sup>76</sup> CRUZ, Marcelo Lebre. *A Inconstitucionalidade...* Op. Cit. P. 59

transtorno, consequentemente diagnosticando a persistência ou não da periculosidade. Por um lado, a psiquiatria se torna inútil, vez que a análise de aspectos morais da personalidade não é médica e, inclusive, prescinde de distúrbio mental ou psíquico; e de outro, vemos a concretização da criminalização da loucura, visto que basta o diagnóstico da doença ou distúrbio para que o periciando seja condenado ao encarceramento perpétuo, prescindindo, nesta lógica, do próprio cometimento de ilícito, já que distúrbio e periculosidade se tornam derivações lógicas. Assim, a segregação por período elevado se torna inevitável para o inimputável, pois ficará internado até que seja curado - o que é improvável, seja porque a maioria dos distúrbios psíquicos não possuem cura, seja pelo tratamento precário proporcionado na instituição *pseudo-hospitalar* - ou à mercê da vontade política-criminal, dependendo a sua desinternação da necessidade de leitos para novos internados. Sobre isso, Jacobina conclui:

Nesse processo dialético de convivência com a loucura, a própria ciência foi se dando conta da *insuficiência da abordagem tradicional*: a entrega do louco ao ambiente manicomial apenas o cronifica. O mandato social dado ao psiquiatra, para considerá-lo como *tutor universal do louco* e, principalmente, como *escudo protetor* entre a sociedade e a loucura (e entre o louco e a sua própria loucura), foi insuficiente para trazer a *cura* - objetivo mítico de restabelecer um padrão de *normalidade* capaz de eliminar a *periculosidade* do psicótico. O que se viu e se vê, na prática, é o agravamento da condição psicótica e a perda da possibilidade de retorno social ao louco que penetra nesse sistema.<sup>77</sup>

---

<sup>77</sup> JACOBINA, Paulo Vasconcelos. *Direito... Op. Cit.* P. 88.



#### 4. COMPLEXO MÉDICO PENAL DO PARANÁ: UMA ANÁLISE EMPÍRICA

Com o intuito de dar bases mais concretas a este trabalho, visto se tratar de um tema tão abstrato e de um grupo social - os *loucos infratores* - tão heterogêneo, foi realizada pesquisa empírica que consiste em coleta e análise de dados. O Complexo Médico Penal do Paraná, instituição penal responsável pelo acolhimento dos internados em medida de segurança do estado do Paraná e experiência mais próxima, foi o local escolhido para o desenvolvimento da pesquisa. A escolha por essa instituição se deu pela facilidade de acesso aos dados e contato com os agentes que trabalham com este ambiente (Defensores Públicos, psicólogos e agentes do DEPEN) além da escassez de pesquisas e trabalhos sobre a experiência paranaense, especialmente pós-Lei Antimanicomial.

A pesquisa se deu através de análise caso a caso dos processos de execução penal dos internados em medida de segurança que estão custodiados na instituição a mais de 3 anos, coletando dados socioeconômicos, histórico pessoal e, principalmente, o que veio a se tornar o objeto central da pesquisa, análise dos exames de verificação de cessação da periculosidade. Para tanto, foi utilizada uma planilha em que constam todos os internados, masculinos e femininos, no CMP até o dia 1 de abril de 2016, fornecida pelo DEPEN nesta mesma data. O período de análise se deu por somente ser possível fornecer os dados dos internados no momento presente, da emissão da planilha, o que veio a colaborar para a atualidade da pesquisa. Todos os processos analisados são da Vara de Execução de Penas de Réus ou Vítimas Femininas e Medidas de Segurança de Curitiba, por ser este o juízo competente para fiscalizar a execução de medidas de segurança cumpridas no Complexo Médico Penal do Paraná.

A escolha por analisar somente os processos dos internados a mais de 3 anos se deu por duas razões: a) uma vez que o objeto central de análise da pesquisa é o exame de cessação de periculosidade, a análise dos processos dos

internados por período inferior seria infrutífera, visto que poderia ainda não ter sido realizado o exame, realizado ao final do período mínimo de internação - e, após este, anualmente - de 1 a 3 anos; e b) pela grande quantidade de processos de execução penal (306) a serem analisados, sendo necessário reduzir a quantidade para garantir a qualidade da análise minuciosa dos processos sem, no entanto, afetar a representatividade da pesquisa.

#### **4.1. Exame de verificação da cessação de periculosidade**

Uma vez que a duração da medida de segurança depende da cessação da periculosidade, para a verificação desta, é realizado ao fim da duração mínima da medida o exame de verificação da cessação de periculosidade (EVCP). Este exame, conforme o que prescreve o art. 175 da LEP, verifica as condições pessoais do agente. O relatório deve ser remetido ao juiz pela autoridade administrativa até um mês antes de expirar o prazo, instruído com laudo psiquiátrico. Expirado o prazo de duração mínima da medida de segurança, se considerada não cessada a periculosidade do agente, a medida se mantém e o EVCP passa a ser realizado anualmente, ou a qualquer tempo, se determinado pelo juiz, havendo indício de cessação da periculosidade, ou a pedido de uma das partes, mesmo que no decorrer do prazo mínimo.

Como não há normativa específica acerca dos parâmetros para a realização do EVCP, este é realizado pelos membros da Comissão Técnica de Classificação, prevista no art. 7º da LEP, composta minimamente de 2 chefes de serviço, 1 psiquiatra, 1 psicólogo e 1 assistente social. A mesma comissão é responsável pela realização de exame criminológico dos condenados comuns. O EVCP, portanto, não possui um padrão nacional, variando os seus componentes de vara para vara, com a única constante obrigatória de haver laudo psiquiátrico atestando a permanência ou cessação da periculosidade do periciado. No Complexo Médico Penal do Paraná os EVCP's são compostos por um laudo psiquiátrico, um laudo psicológico, um parecer

da assistência social e um parecer da pedagogia. Portanto, tem caráter interdisciplinar.

Apesar da pluralidade de pareceres, para o fim específico de se determinar cessada ou não a periculosidade, o laudo psiquiátrico é o parecer hegemônico dentro do EVCP. Como já explorado anteriormente, há divergência entre a Psiquiatria e o Direito quanto ao conceito de periculosidade e, principalmente, sobre sua adoção. A Psiquiatria sugere a superação do conceito qualitativo de periculosidade pelo conceito de “risco de violência”.<sup>78</sup> A análise clínica se preocuparia com os elementos para além do periciando, elementos ambientais, sociais e situacionais que irão receber o agente e que sobre ele também irão agir. O foco se tornaria a probabilidade do resultado ao invés da qualidade do sujeito, buscando retirar um pouco da pecha que a periculosidade impõe sobre o portador de transtornos. Essa nova categoria também fugiria do binarismo da periculosidade, sendo possível estabelecer vários graus de risco.

Para tanto, os profissionais da área da Psiquiatria têm buscado a padronização dos instrumentos de avaliação de previsão de risco de violência, focando na probabilidade do risco de reincidência ao invés da busca pelo conceito juridicamente criado de “periculosidade”. Alguns dos instrumentos mais utilizados são *Psychopathy Checklist – Revised* (PCL-R) (Hare, 1991), *Barrat Impulsiveness Scale* (BIS-11) (Barrat, 1994) e o *Historical, Clinical and Risk Management Violence Risk Assessment Scheme* (HCR-20) (Webster, 1995).<sup>79</sup> O primeiro instrumento busca diagnosticar a psicopatia e foca exclusivamente na personalidade do indivíduo, e o segundo procura aferir as características de impulsividade. O último

---

<sup>78</sup> ABDALLA-FILHO, Elias; TELLES, Lisieux E. de Borba. *Avaliação de Risco de Violência*. In. *Psiquiatria forense de Taborda* [recurso eletrônico], Elias Abdalla-Filho, Miguel Chalub, Lisieux E. de Borba Telles. – 3. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2016. P. 275.

<sup>79</sup> Oliveira, G. C.; Mecler, K.; Chalub, M.; Valença, A. M. (2016, junho). *O exame de Verificação de Cessação de Periculosidade: a importância da avaliação ampliada em um caso com conclusão contrária ao parecer da equipe assistente*. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 19(2), p. 324.

instrumento, HCR-20, composto pelos itens expostos abaixo, é uma avaliação de risco de reincidência criminal e, portanto, é o mais adotado no EVCP.<sup>80</sup>

**Itens históricos (passado):** H1. Violência prévia H2. Idade precoce no primeiro incidente violento H3. Instabilidade nos relacionamentos H4. Problemas no emprego H5. Problema com uso de substâncias H6. Doença mental importante H7. Psicopatia H8. Desajuste precoce H9. Transtorno da personalidade H10. Fracasso em supervisão prévia.

**Itens clínicos (presente):** C1. Falta de insight C2. Atitudes negativas C3. Sintomas ativos de doença mental importante C4. Impulsividade C5. Sem resposta ao tratamento.

**Itens de manejo de risco (futuro):** R1. Planos sem viabilidade R2. Exposição a fatores desestabilizantes R3. Falta de apoio pessoal R4. Não aderência às tentativas de tratamento R5. Estresse.<sup>81</sup>

Os itens do HCR-20 são pontuados de 0 a 2, sendo que 0 indica a ausência do item ou a falta de elementos para avaliar e 2 indica a absoluta presença do item. Não se recomenda a omissão de mais de 5 itens do exame para garantir um resultado minimamente concreto. O objetivo desta espécie de exame é analisar o histórico pessoal do periciando (passado) bem como seu estado clínico (presente) e assim fazer uma previsão de riscos de comportamentos violentos futuros.<sup>82</sup>

Entretanto, mesmo que adotado o critério de risco de violência, o juízo de probabilidade não é e nem pode ser suficiente para estabelecer a liberdade ou não de um sujeito. A avaliação, mesmo que contextualizada e buscando se livrar dos estigmas sobre o sujeito, ainda é subjetiva pois recai sobre a personalidade deste. O juízo sobre a probabilidade de cometimento de um ilícito não é capaz de produzir

---

<sup>80</sup> Idem.

<sup>81</sup> ABDALLA-FILHO, Elias; TELLES, Lisieux E. de Borba. *Avaliação de Risco de Violência*. In. *Psiquiatria forense de Taborda* [recurso eletrônico], Elias Abdalla-Filho, Miguel Chalub, Lisieux E. de Borba Telles. – 3. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2016. P. 270.

<sup>82</sup> Ibidem, p. 269.

resultado absoluto e incontestável e, embora possa ser válido para fins psiquiátricos, não podem ser adotados pela lógica penal para imputação de sanção, mesmo que de pretensão caráter curativo.<sup>83</sup>

Conforme já explorado, a ausência de uma relação consequencial entre o transtorno mental e a periculosidade, como quer fazer crer a lei, torna o trabalho do perito psiquiátrico desafiador e até mesmo impossível. Para o perito, fatores externos à personalidade e transtorno do periciando podem ser muito mais determinantes para o juízo de probabilidade de risco, sendo estes de menor importância. As respostas binárias propostas pelo Direito também não dão conta da pluralidade de necessidades dos diferentes tipos de transtornos, elencados todos numa única categoria - *inimputável* - e permitindo somente a manutenção da internação ou a liberdade condicionada. Não há espaço para que o psiquiatra aja como médico, somente como perito.

Sem poder corresponder nem aos anseios jurídicos, nem aos parâmetros médicos, o EVCP se coloca exatamente na fronteira médico-legal, sendo estranho a ambos os lados. Nas palavras de Foucault, tal exame é *ridículo*, pois viola a lei e ridiculariza o saber médico e psiquiátrico.<sup>84</sup> Se não serve à constituição de conhecimento, o exame legitima a extensão do poder de punir para além do ilícito, através do conhecimento científico, alcançando um *corpus geral de técnicas de transformação dos indivíduos*.<sup>85</sup>

O resultado são os exames analisados na pesquisa empírica, que se mostram insatisfatórios, em termos técnicos, tanto dos olhos da lei quanto da Psiquiatria. É verdade que se percebe em alguns laudos psiquiátricos a tendência a adotar o

---

<sup>83</sup> GUERRA, Caroline. *Medidas de Segurança: Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade*. 08/07/2011. 68 fls. UFRGS. Porto Alegre: 2011. P. 43.

<sup>84</sup> FOUCAULT, Michel. *Os Anormais...* Op. Cit. P. 51.

<sup>85</sup> *Ibidem*, p. 23.

instrumento HCR-20, mas afirmar que há uma plena adoção deste, ou qualquer dos outros instrumentos mencionados, no CMP, não é possível.

Como explanado no capítulo anterior, optou-se por analisar o EVCP dos internados a mais de 3 anos no CMP, que somam 110 homens e 3 mulheres. Os dados sobre as internas femininas foram reservados para serem tratados em capítulo apartado, vez que estas representam menos de 2% dos internados em medida de segurança no CMP. Por fins de conveniência e para manter a qualidade da pesquisa, dos 110 internados masculinos selecionou-se aleatoriamente 50 para análise do EVCP e chegamos aos seguintes dados:

7 dos 50 internos (14%) ainda não realizaram EVCP - ou seja, extrapolado o prazo mínimo de internação, ainda não foi realizado o exame - , não havendo portanto como coletar dados a respeito de suas condições. Dos 43 laudos psiquiátricos, 37 (86,04%) diagnosticaram periculosidade não cessada, sendo 10 (27,02%) desses diagnósticos sem nenhuma fundamentação. 5 (11,62%) laudos psiquiátricos diagnosticaram periculosidade cessada, sendo 1 deles, sem fundamentação. Um dos laudos somente considerou a periculosidade moderada. (Apêndice A)

Nenhum laudo psiquiátrico expôs a metodologia empregada na aplicação do exame ou explanaram os critérios que levaram ao seu diagnóstico, se limitando a relatar, quando muito, os aspectos clínicos observados e o histórico do periciando. Embora a quantidade de laudos psiquiátricos sem absolutamente nenhuma fundamentação (apenas a qualificação do internado e a frase “periculosidade não cessada”) seja alarmante por si só, não há muito que se possa falar da fundamentação dos demais. Termos vagos, qualificações do sujeito com base em seu histórico pessoal ou pelo delito cometido e, principalmente, a constante alusão a falta de arrependimento, permeiam ambos os laudos psiquiátricos e psicológicos. (Anexo A)

A avaliação do estado mental desenvolvida pelo perito psiquiátrico analisa a consciência, atenção, sensopercepção, orientação, memória, inteligência, afetividade, pensamento, juízo crítico, conduta e linguagem.<sup>86</sup> Afora o juízo crítico, os outros elementos se mantêm constantes tanto nos laudos positivos quanto nos negativos. Mas o fator considerado determinante pelo perito na maioria dos exames para considerar presente a periculosidade é a falta de arrependimento e empatia pela vítima, que se situam na avaliação do juízo crítico.

Se os outros elementos analisados são clínicos e seguem avaliações técnicas, a avaliação do juízo crítico trata muito mais da adequação do sujeito com a moralidade. A exigência de arrependimento de um inimputável em medida de segurança, aos olhos da lei, é paradoxal, na medida em que se define inimputável como “[...] inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.”<sup>87</sup>. O arrependimento pressupõe a culpa. Conforme já explanado, o inimputável não possui culpa, e nem poderia conforme a definição legal de inimputabilidade, pois ausente a capacidade de compreensão da ilicitude ou a capacidade de autodeterminação. Porém, pela absoluta falta de coerência entre os pressupostos médicos e legais, o inculpável é sancionado pela falta de arrependimento por aquilo que não poderia ser culpado.

Se a falta de arrependimento obsta a liberação dos internos, mais ainda a persistência do transtorno. Como periculosidade e transtorno mental ou psíquico, na esfera legal, são consequências lógicas, a persistência de um é suficiente para atestar a presença do outro. Tanto é que nenhum dos laudos analisados atesta estado de surto do internado, o que permitiria a internação compulsória nos termos da Lei Antimanicomial. No entanto, tão pouco esses pacientes foram liberados.

---

<sup>86</sup> CORDIOLI, A.V.; ZIMMERMANN, H.H.; KESSLER, F. *Rotina de avaliação do estado mental*. 2004. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20do%20Estado%20Mental.pdf>> Acesso em 02/11/2016.

<sup>87</sup> Art. 26, *caput* do Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei nº 2.848/1940).

Embora não seja o objetivo da pesquisa empírica, um fenômeno chamou a atenção. Verificou-se que em dois períodos do ano de 2015, julho e dezembro, ocorreram mutirões<sup>88</sup> no CMP. Nessas duas oportunidades, contrariamente à tendência observada nos resultados da pesquisa, o número de laudos psiquiátricos de declaração de cessamento de periculosidade superaram os laudos negativos. Interessante observar que mesmo internos que haviam recebido um diagnóstico desfavorável poucos meses antes (períodos de até cerca de 3 meses), receberam laudos atestando o cessamento de sua periculosidade nesses períodos. Nenhum desses laudos possuía qualquer fundamentação e muitos datavam do mesmo dia, como é comum em mutirões. Como já aludido, não foram colhidos dados sobre este fenômeno por não ser o foco da pesquisa tratar dos internos desinternados, mas o que se observou leva a crer que a escolha pelo desinternamento ou manutenção dos internos no CMP seja muito mais uma escolha de política carcerária de administração de vagas.

#### **4.2. O perfil do/a internado/a ou retratos do sistema**

Outro objetivo da pesquisa empírica é traçar um perfil dos internos e internas, o que foi feito através da coleta de dados socioeconômicos disponíveis tanto nos exames de verificação de cessação de periculosidade quanto no processo de execução como um todo. Quanto aos internados masculinos, que representam 98% do total de internados em medida de segurança no CMP, chegamos aos seguintes dados:

Do total, 110 internos (36,66%) estão internados a mais de 3 anos. Destes, 23 (20,90%) tiveram o levantamento ou a extinção da medida de segurança decretada,

---

<sup>88</sup> Mobilização do Poder Judiciário, juntamente com a Defensoria Pública e Ministério Público, para julgar os casos pendentes de decisão dos presos ou internos de uma determinada instituição carcerária.



entre julho e dezembro de 2015, e aguardam encaminhamento a instituição asilar ainda recolhidos no CMP. Como já mencionado, foram selecionados aleatoriamente 50 dos 110 internos para a pesquisa, o que nos levou aos dados a seguir.

A idade dos internos é entre 24 e 68 anos, sendo a idade média igual a 39 anos. O homicídio, na modalidade tentada e consumada, é o delito com maior incidência neste grupo, representando 31% dos delitos praticados, sendo que em mais da metade dos casos o homicídio foi o único delito praticado. Em 37% dos casos de homicídio, o crime foi praticado contra um dos genitores ou ambos, nos demais casos as vítimas mais comuns são companheiras, irmãos e irmãs, filhos e filhas e vizinhos. O segundo tipo de delito de maior incidência neste grupo são os crimes contra o patrimônio sem violência (18%), seguidos pelos crimes contra a dignidade sexual (13%) e crimes contra o patrimônio com violência (12%). (Apêndice B)

O grau de escolaridade médio dos sentenciados é baixíssimo: 34% possuem ensino fundamental incompleto, 22% são analfabetos, 14% são alfabetizados - sabem ler e escrever razoavelmente embora não tenham alcançado o ensino fundamental - , 12% são semi-alfabetizados - sabem escrever o próprio nome - , 12% alcançaram o ensino médio (dos quais metade cursa ou cursou dentro do próprio CMP). Somente um interno possui ensino superior incompleto. (Apêndice C)

22 internos (46%) são diagnosticados com esquizofrenia, associada ou não ao uso de substâncias e/ou outras doenças. 5 (10%) são os diagnósticos de transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas - com exclusão do álcool. 7 (15%) são os diagnósticos de transtornos mentais decorrentes do alcoolismo. 4 (8%) são os diagnósticos de transtorno da personalidade ou do humor (sociopatia). 10 (21%) são diagnosticados com algum grau de retardo mental. Para analisar os diagnósticos, também foi verificado o incidente de sanidade mental na ausência do EVCP. Lembrando que a análise dos diagnósticos não é precisa, pois em muitos casos há divergências no diagnóstico atribuído pelos peritos sendo

impossível para esta pesquisadora discernir quando houve uma efetiva alteração do diagnóstico ou o reconhecimento de mais de um transtorno num mesmo internado. (Apêndice D)

Os diagnósticos decorrentes ou associados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) somam 27 casos (54%). 27 (54%) relatam uso de drogas e/ou álcool desde a infância ou adolescência (7 a 17 anos). 14 (28%) relatam uso de drogas e/ou álcool a partir da idade adulta.

Só há notícia nos autos de 15 (30%) internos que fazem uso de medicação. 14 (28%) relatam internamentos anteriores aos delitos e 10 (20%) tiveram a liberdade vigiada concedida e posteriormente revogada.

22 (44%) são os relatos de internados que iniciaram o desenvolvimento de atividades laborativas, em sua maioria de natureza braçal (servente de pedreiro e lavrador como as mais comuns), na infância, entre os 7 e os 12 anos. 47 dos 50 internos (94%) são atendidos pela Defensoria Pública. Origem socioeconômica carente é de presença unânime nos casos analisados, excetuando-se somente os casos que não possuíam avaliação social.

As internadas femininas no CMP somam 6 mulheres, representando menos de 2% da população em medida de segurança da instituição. A idade das internas é de 31 a 51 anos, sendo a média de 38,5 anos. 3 delas (50%) estão internadas há mais de 3 anos. 4 (66,66%) foram denunciadas por crimes de homicídio, todas contra familiares (genitores e companheiros). Uma foi denunciada por crime de tráfico de drogas e lesão corporal e outra por crime de roubo, embora não tenha sido verificada a grave ameaça na análise da denúncia e dos fatos.

4 internas possuem o ensino fundamental incompleto e 2 são semi-alfabetizadas. Os diagnósticos são variados: esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, transtorno bipolar, doença mental decorrente de epilepsia e doença mental grave com evolução crônica (sem especificar qual). Um das internas foi

diagnosticada com dependência química. Uma está internada desde maio de 2015 ainda sem laudo de insanidade mental, não sendo possível verificar pelos documentos juntados nos autos informações sobre sua saúde mental e situação socioeconômica. 3 (50%) internas têm abandono familiar em sua avaliação social. Apenas 2 (33,33%) relatam o uso de medicamentos dentro da unidade.

A partir destes dados, é possível traçar um perfil dos internados e internadas no CMP, sendo que a condição de miserabilidade, uso de substâncias e álcool e histórico pessoal e familiar pré-delitual conturbado são constantes, tanto no meio feminino quanto masculino. As conclusões mais importantes extraídas desta pesquisa talvez não possam ser tabeladas ou diminuídas a números e porcentagem, mas revelam internados e internadas em estado de cronificação e abandono. Não foi encontrado sequer um relato de melhora do estado mental devido ao internamento embora seja possível citar mais do que alguns que evidenciam uma piora do quadro de saúde dos periciandos. Ficou claro que estas pessoas deram sinais de seus transtornos, como alertas, muito antes do cometimento dos delitos pelos quais estão internadas. Assim como ficou igualmente evidente que seus familiares e/ou o meio em que viviam não possuíam condições de propiciar qualquer tipo de tratamento adequado, se não pela absoluta falta de recursos econômicos, pela falta de compreensão acerca da doença e apoio. Um número significativo de internados e internadas negaram os delitos veementemente, o que foi visto como um sinal de persistência da doença, e um outro número ainda alegou ter sofrido maus-tratos no meio familiar, sendo que seus crimes de alguma forma refletiram uma tentativa de emancipação quanto a este meio.

Embora não tenha sido a princípio o objetivo da pesquisa a questão de gênero, inevitável abordá-la, mesmo que brevemente, face a gritante disparidade entre a presença masculina (300 internados) e feminina (6 internadas) no CMP. Uma das hipóteses que podemos aventar para explicar esse fenômeno é que, historicamente, à mulher é reservado o polo passivo na relação criminosa. A mulher é enxergada como vítima, raramente como autora, e quando o é, é em crimes como

a prostituição, nunca em crimes violentos, ligados ao exercício da masculinidade. A mesma lógica é transferida para a mulher transgressora e inimputável. Numa das aulas na obra de Foucault<sup>89</sup>, ele relata o exame psiquiátrico-penal de um homem acusado de cumplicidade no assassinato da filha de sua amante. Fica claro nos relatos dos fatos que a mãe da vítima a matou com suas próprias mãos, causando estranhamento aos peritos a necessidade de um exame psiquiátrico do amante, que aos seus olhos não teria responsabilidade moral pelo delito. No entanto, o que se levanta, apesar de estar claro que o amante não tenha doença mental e tampouco tenha concorrido para o crime, é que este, por seu caráter e personalidade *donjuanista*, teria influenciado a mulher a cometer o crime, por motivos que não são explanados, por esta ter baixa compreensão crítica. Sobre a mulher, apenas se refere o exame acerca do seu grau de compreensão e discernimento inferior, o que fica evidente com o uso de termos como “plano intelectual superior” para se referir ao intelecto do homem. O exame apresentado data de 1955. A partir deste único caso, podemos perceber que a capacidade da mulher de agir com violência, de elaborar por si só crimes e ações violentas, é negada, sendo que a única possibilidade seria que esta teria sido influenciada por um elemento masculino. A mulher, como ser frágil, objeto de ação e não sujeito, naturalmente maternal, expressão de docilidade, antítese da violência, não pode compor polo ativo de ações criminosas.

Seria irresponsável limitar a heterogeneidade dos casos e histórias dos internados e internadas do CMP apenas a porcentagens e tabelas. Por isso, na tentativa de promover uma maior proximidade com a situação destes, foi compilado a seguir o três relatos. Para preservar sua intimidade, os nomes serão ocultados e representados pelas iniciais.

---

<sup>89</sup> FOUCAULT, Michel. *Os Anormais...* Op. Cit., p. 3.

V.E.T., 51 anos, internada desde 1992 no CMP pelo crime de homicídio consumado contra sua genitora.<sup>90</sup> Tanto no laudo psiquiátrico quanto no psicológico, é relatado o estado de cronificação da internada devido ao longo período de internamento, que supera 20 anos. Não há prognóstico positivo quanto a recuperação das faculdades mentais e a psiquiatria aponta que não houve melhora no seu quadro mental desde 2011, quando o médico psiquiatra responsável a avaliou pela primeira vez. Faz uso de antipsicóticos, antidepressivo, hipnótico e antiparkinsoniano na unidade, não está inserida em nenhuma atividade de estudo ou trabalho. Ambos os laudos, psicológico e psiquiátrico, revelam uma mulher confusa, de pensamento lento, com gradual perda da capacidade psicomotora, impulsiva porém sem demonstrar hostilidade. Embora o parecer psicológico seja pela desinternação, visto que o internamento de nada tem contribuído para o tratamento, o parecer psiquiátrico pela manutenção da internação prevaleceu, alegando que a internada não possui apoio familiar e a sua possibilidade de ida a casa de apoio é duvidosa. No laudo psiquiátrico, um dos elementos citados como evidenciadores da permanência da doença mental (esquizofrenia) foi a “total falta de vaidade”, o termo não foi encontrado em nenhum outro laudo analisado, masculinos ou femininos.

M.D.S., 57 anos, internado desde 2011 pelo crime de estupro de vulnerável (prática de atos libidinosos).<sup>91</sup> O laudo psiquiátrico foi contrário a sua desinternação por considerar que o interno apresenta risco à sociedade. O parecer psicológico, no entanto, apontou a impossibilidade de avaliar o sentenciado visto que este não apresenta condições mentais para responder ao processo avaliativo. Isto porque o internado é portador de Parkinson, não possui condições de cuidar de si mesmo, nem mesmo de se locomover, apresenta-se confuso, com fala inteligível e não compreende o que lhe é perguntado. A psiquiatria aponta ainda que é acometido por

---

<sup>90</sup> Autos nº 0004761-12.2012.8.16.0009 da Vara de Execução de Penas de Réus ou Vítimas Femininas e de Medidas de Segurança de Curitiba.

<sup>91</sup> Autos nº 0001457-05.2012.8.16.0009 da Vara de Execução de Penas de Réus ou Vítimas Femininas e de Medidas de Segurança de Curitiba.

severos efeitos colaterais devido a medicação que utiliza (antipsicótico). Apesar de todas as limitações físicas e mentais e apresentar piora do quadro mental desde seu internamento, sua periculosidade foi atestada como elevada pela psiquiatria.

V.R., aproximadamente 26 anos, internado desde 2010 pelos crimes de furto (três, no total).<sup>92</sup> Embora internado desde 2010, até o presente momento não foi realizado o exame de verificação de cessação de periculosidade. O internado foi diagnosticado com retardo mental agravado pelo uso de substâncias psicoativas. No laudo de sanidade mental, informa que é analfabeto, não sabe ao certo sua idade, iniciou o uso de drogas ainda na infância e cometia delitos para sustentar o vício. Foi morador de rua por um determinado período e quando não o era estava ou estudando na APAE (Associação de Pais e Amigos de Excepcionais) ou recolhido em educandário. O pai é falecido, possuía 9 ou 10 irmãos, não sabendo ao certo, e a mãe ficou internada alguns períodos fazendo tratamento psiquiátrico. Apesar de todo seu histórico socioeconômico conturbado, a psiquiatria informa que o retardo mental “facilita o envolvimento do paciente em atos anti-sociais”.

O intuito destes breves relatos é demonstrar a falta de correspondência da medida de segurança prevista em lei e a realidade a que se destina, de forma mais palpável. Todos acima são portadores de transtornos mentais e cometeram crimes. A lei determina que a única resposta possível a este problema - transtorno mental e crime - é a medida de segurança, na forma de internação. Esta resposta, porém, além de ser insatisfatória, também expõe os internados e internadas a cronificação, ao fim do processo de *mortificação do eu*<sup>93</sup>, e à negligência do Estado, como passar mais de 6 anos aguardando a realização de seu exame e a possibilidade de ser desinternado.

---

<sup>92</sup> Autos nº 0003443-18.2015.8.16.0064 da Vara de Execução de Penas de Réus ou Vítimas Femininas e de Medidas de Segurança de Curitiba.

<sup>93</sup> GOFFMAN, Erving. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974. P. 23 - 49.

## 5. CONCLUSÃO

A análise crítica dos fundamentos teóricos da medida de segurança em conjunto com os dados da pesquisa empírica proporcionou alcançar algumas reflexões que merecem ser apontadas.

Os dispositivos legais, tanto do Código Penal quando da Lei de Execução Penal, que tratam da aplicação e execução da medida de segurança, refletem ideias de um discurso psiquiátrico do século XIX, momento das internações, que já se demonstra superado pela comunidade psiquiátrica e médica. Embora deva se reconhecer a contribuição que os asilos de alienados representaram naquele momento histórico, ao retirar estes da prisão destinando-lhes espaço próprio, este modelo não se adequa mais aos atuais ideais de direitos humanos.

A anti-psiquiatria representou um movimento de fundamental importância no tratamento da loucura e no processo de desinternação, embora longe de ser a culminação de um processo histórico, mas somente uma etapa. Ainda se trata de um movimento do saber médico, e não dos sujeitos e, por isso, destaca-se a importância histórica do Movimento Antimanicomial, composto pelos portadores de transtorno psíquico e seus familiares.

Apesar desses movimentos resultarem na celebrada Lei nº 10.216/2001, apelidada de Lei Antimanicomial, os dados do CMP demonstram a falta de aplicação desta em relação aos submetidos a medida de segurança. Ao invés de se dar preferências a medidas não-asilares e preventivas de tratamento, o internamento é a regra.

A não recepção pelo Direito das novas correntes das disciplinas “psi”, bem como a falta de diálogo e compreensão de que não se trata de uma ciência exata, acarreta na lesão de direitos dos portadores de transtornos psíquicos e mentais e no seu encarceramento que, em muitos casos, tende a ser perpétuo. Ao forjar o

conceito jurídico de periculosidade, o legislador reforça preconceitos, partindo do pressuposto que todo portador de transtorno psíquico é por natureza perigoso e carrega o crime em seu DNA. Nada mais é do que a reprodução de um discurso autoritário que busca na personalidade do indivíduo e, no caso, na sua condição mental, a essência criminosa.

A criminalização da loucura é a criminalização da individualidade, da realidade vivenciada por alguém, de uma condição que já causa suficiente sofrimento ao seu portador sem a interferência estigmatizante das instituições oficiais. Em consonância com os princípios da igualdade e da dignidade da pessoa humana, a tratativa penal diferenciada para portadores de transtorno mental e psíquico deve se dar de forma a promover proteção de direitos, não o contrário. A periculosidade criminal presumida, internação como regra, sem observar as necessidades do inimputável, e a não recepção da Lei Antimanicomial representam lesões a direitos e refletem uma medida que não tem espaço dentro do atual ordenamento constitucional.

Os dados obtidos através da pesquisa, demonstram que os exames de verificação de cessação de periculosidade não passam de instrumentos de política carcerária. A impossibilidade de conciliação entre o saber médico e jurídico leva a instrumentalização de um pelo outro para servir aos seus fins de controle social. É verdade que nenhum dos dois saberes se propôs emancipatório, mas a busca em preceitos científicos para a justificação da dominação e segregação nos obriga a esmiuçar estas ciências no intuito de desconstruir essa lógica de controle. Observando o histórico dos internados e internadas do CMP, vemos que mesmo o saber médico faz vistas grossas quanto a realidade comum a todos aqueles sujeitos. Focando-se somente em avaliações diagnósticas, não dão atenção à realidade de abandono, de miserabilidade, suas histórias de abuso, violência, trabalho infantil e abandono escolar. Se os escutam, é para pinçar em seu discurso evidências de loucura, discursos de perigo, nunca para ouvir suas vozes, seus anseios, suas necessidades que jamais poderão ser supridas no ambiente do CMP.



Para finalizar, exponho uma alternativa desenvolvida pelo Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário - PAI-PJ.<sup>94</sup> Este programa, focado em pensar uma solução de tratamento junto aos pacientes e seus familiares, trabalha com a prevenção e tratamento fora do ambiente hospitalar ou segregante. O fornecimento de tratamento àqueles que o procuram bem como a busca pela inclusão na comunidade e atenção familiar se mostram como as melhores soluções até o momento. Se não é a solução última, porque talvez esta não exista nem venha a existir, pode vir a ser uma mudança significativa, um novo marco no tratamento da loucura e do crime e na recuperação dos chamados loucos de sua própria voz.

---

<sup>94</sup> MATTOS, Virgílio de. *Crime e Psiquiatria: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança*. Rio de Janeiro: Revan, 2006. P. 174.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**; trad. da 1ª edição brasileira coordenada e revista por Alfredo Bossi; revisão da tradução e tradução de novos textos por Ivone Castilho Benedetti. 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ABDALLA-FILHO, Elias; TELLES, Lisieux E. de Borba. Avaliação de Risco de Violência. In. **Psiquiatria forense de Taborda** [recurso eletrônico], Elias Abdalla-Filho, Miguel Chalub, Lisieux E. de Borba Telles. – 3. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2016.

AGAMBEN, Giorgio. **Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I**, trd. Henrique Burigo, 2 ed., Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002 (*Homo Sacer – Il Potere Sovrano e la nuda vita*).

BASAGLIA, Franco. **Psiquiatria Alternativa**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Brasil Debates, 1979.

BASTOS, Claudio Lyra - **Manual do Exame Psíquico: uma introdução prática à psicopatologia**. RJ: Editora Revinter. 3ª ed., 2011.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal: parte geral, 1**. 17ª ed. rev. ampl. e atual. de acordo com a Lei nº 12.550 de 2011. São Paulo: Saraiva, 2012.

BORGES, Clara Maria Roman. O Discurso dos Excluídos: O encontro de Dussel e Foucault. **Revista da Faculdade de Direito da UFPR** , Porto Alegre, v. 38, p. 41-53, 2005.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Rio de Janeiro, 1940.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. **Institui a Lei de Execução Penal**. Brasília, 1984.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, 2001.

CAETANO, Dorgival. O diagnóstico em psiquiatria: conceito e histórico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Científica Nacional, v. 45, n. 10, 1996.

CARVALHO, Salo de. **Antimanual de Criminologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Lumen Juris, 2008

\_\_\_\_\_. **Penas e Medidas de Segurança no Direito Penal Brasileiro**. 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

CHARAM, Isaac. **A Legislação sobre Doentes Mentais no Brasil: Revisão e Estudo Crítico**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1986.

CORDIOLI, A.V.; ZIMMERMANN, H.H.; KESSLER, F. **Rotina de avaliação do estado mental**. 2004. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20do%20Estado%20Mental.pdf>> Acesso em 02/11/2016.

CRUZ, Marcelo Lebre. **A Inconstitucionalidade da Medida de Segurança face a Periculosidade Criminal**. 14/08/2009. 213 fl. Dissertação de Mestrado. UNIBRASIL. Curitiba, 2009. <[http://www.unibrasil.com.br/sitemestrado/\\_pdf/marcelo\\_lebre.pdf](http://www.unibrasil.com.br/sitemestrado/_pdf/marcelo_lebre.pdf)> Acesso em 12/10/2016.

CUNHA, Maria Clementina Pereira da. **O espelho do mundo: Juquery a história de um asilo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DESCARTES, René. **Discurso do Método**. Trad. Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FONTE, Eliane Maria Monteiro da. **Da Institucionalização da Loucura à Reforma Psiquiátrica**: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE, Pernambuco, v. 1, n. 18, 2012. <<http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/60/48>> Acesso em 29/09/2016.

FOUCAULT, Michel. **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão**: Um caso de parricídio do século XIX apresentado por Michel Foucault. Trad. Denize Lezan de Almeida. 5ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1991.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder**. Org. e trad. de Roberto Machado. 13ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1998.

\_\_\_\_\_. **Nascimento da biopolítica**: curso dado no *Collège de France* (1978-1979). Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. **Os Anormais**: Curso no *Collège de France* (1974-1975). Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FRAGOSO, Heleno Cláudio. **Lições de Direito Penal**. 16ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2003.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974.

GUEDES, Simone Cordeiro Costa. **A Chácara dos Loucos e o imaginário sobre a loucura**. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 24., 2007, São Leopoldo, RS. Anais do XXIV Simpósio Nacional de História – História e multidisciplinaridade:

territórios e deslocamentos. São Leopoldo: Unisinos, 2007.  
<<http://anais.anpuh.org/?p=13957>> Acesso em 23/09/2016.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Direito Penal da Loucura**: medida de segurança e reforma psiquiátrica. Brasília: ESMPU, 2008.

KARAM, Maria Lúcia. **Punição do Enfermo Mental e Violação da Dignidade**. Revista Verve PUC-SP, v.2, p. 210-224, 2002.

LIMA, Andrea de Alvarenga; HOLANDA, Adriano Furtado. **História da psiquiatria no Brasil**: uma revisão da produção historiográfica (2004-2009). Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia UERJ, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2º quadrimestre de 2010.  
<<http://www.revispsi.uerj.br/v10n2/artigos/html/v10n2a17.html#mailfim>> Acesso em 26/09/2016.

MATTOS, Virgílio de. **Crime e Psiquiatria: uma saída**: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

MITJAVILA, Myriam Raquel; MATHES, Priscilla Gomes. Doença mental e periculosidade criminal na psiquiatria contemporânea: estratégias discursivas e modelos etiológicos. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22 [ 4 ]: 1377-1395, 2012.

OLIVEIRA, G. C.; MECLER, K.; CHALUB, M.; VALENÇA, A. M. O exame de Verificação de Cessação de Periculosidade: a importância da avaliação ampliada em um caso com conclusão contrária ao parecer da equipe assistente. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, vol.19, n.2, pp.322-341, abr./jun. de 2016.

PADOVAN, Maria Concepta. **Demônios da rua e “anjos do lar”: a mulher, o espaço urbano e a loucura no Recife das décadas de 1930-1945**. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 25., 2009, Fortaleza. Anais do XXV Simpósio Nacional de História – História e Ética. Fortaleza: ANPUH, 2009.  
<<http://anais.anpuh.org/?p=18937>> Acesso em 29/09/2016.

PAULA, Richard Negreiros de. **A cadeia e o hospício: crime e loucura no Rio de Janeiro entre os séculos XIX e XX**. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 25., 2009, Fortaleza. Anais do XXV Simpósio Nacional de História – História e Ética. Fortaleza: ANPUH, 2009. <<http://anais.anpuh.org/?p=18184>> Acesso em 29/09/2016.

\_\_\_\_\_. **O pensamento nacionalista dos médicos: a questão da montagem da saúde mental no Brasil da Primeira República (1900-1930)**. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 23., 2005, Londrina. Anais do XXIII Simpósio Nacional de História – História: guerra e paz. Londrina: ANPUH, 2005. <<http://anais.anpuh.org/wp-content/uploads/mp/pdf/ANPUH.S23.1512.pdf>> Acesso em 26/09/2016.

RAUTER, Cristina. **Manicômios, Prisões, Reformas e Neoliberalismo**. Discursos sediciosos. Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, 1997.

SANTOS, Juarez Cirino dos. **Direito Penal: Parte Geral**. 6 ed. ampl. e atual. Curitiba: ICPC Cursos e Edições, 2014.

SILVA, Eliezer Gomes da. **Transtornos mentais e crime: algumas reflexões sobre o complexo diálogo entre a psiquiatria e o direito penal**. Direito e Sociedade, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 81-125, jul./dez. 2001.

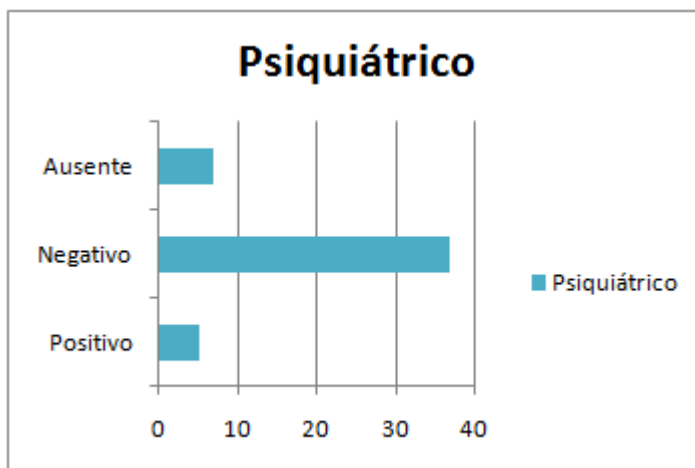
VELO, Joe Tennyson. **Teoria crítica do juízo de imputabilidade criminal: a partir da história do encontro entre o saber jurídico e o saber psiquiátrico**. Curitiba: Ed. UFPR, 2013.

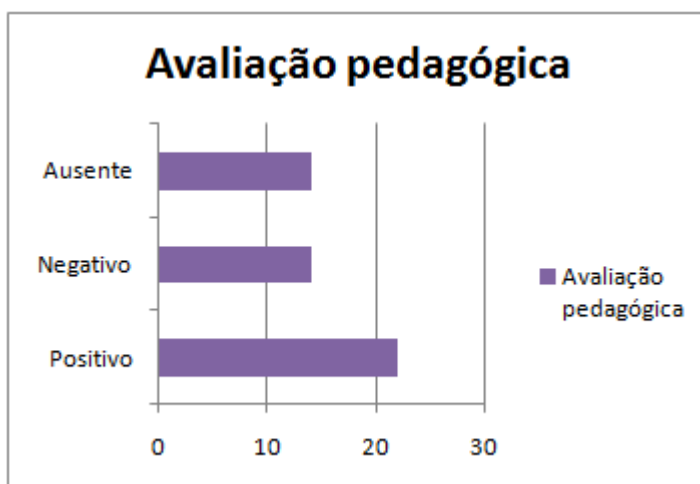
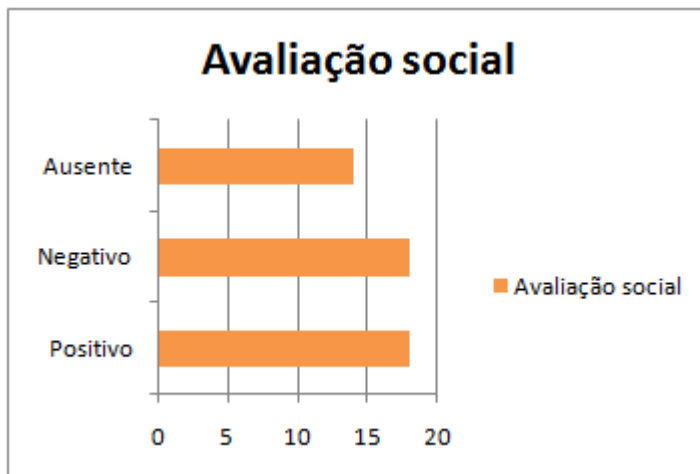
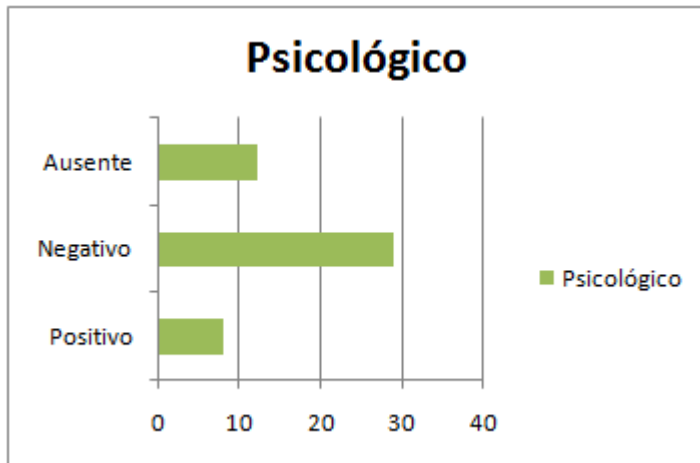
ZAFFARONI, Eugênio Raúl; BATISTA, Nilo; ALAGIA, Alejandro; SLOKAR, Alejandro. **Direito Penal Brasileiro: primeiro volume - Teoria Geral do Direito Penal**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Revan, 2011.

### APÊNDICE A - Gráficos dos Exames de verificação de cessação da periculosidade dos internados masculinos do CMP

\* 7 casos não possuíam EVCP, portanto, nenhum dos laudos ou avaliações.

	Positivo	Negativo	Ausente
Psiquiátrico	5	37	7
Psicológico	8	29	12
Avaliação social	18	18	14
Avaliação pedagógica	22	14	14

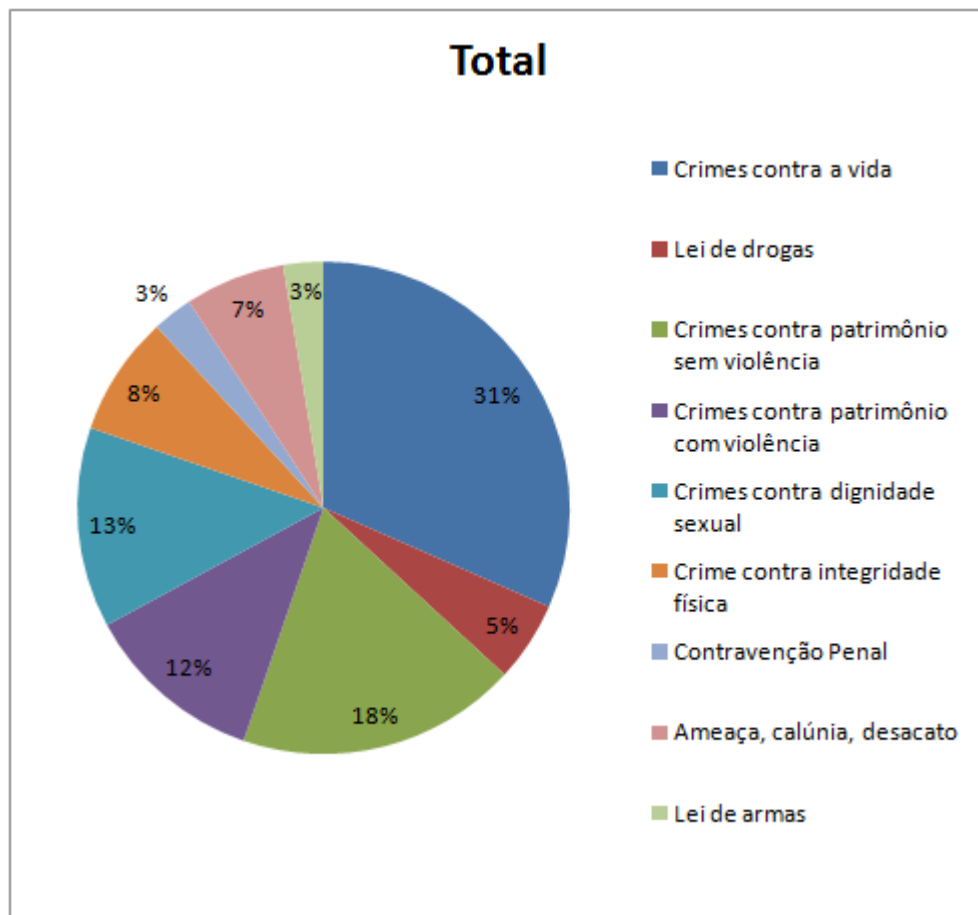


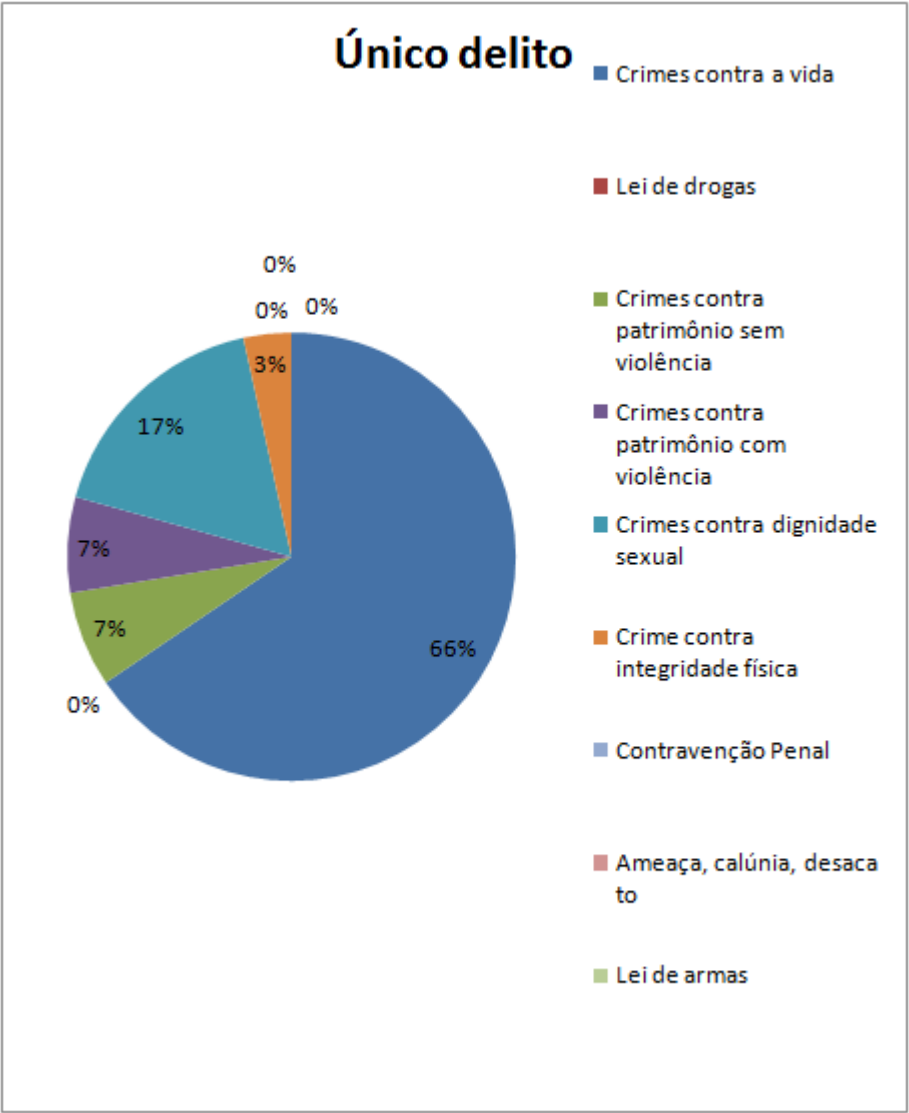




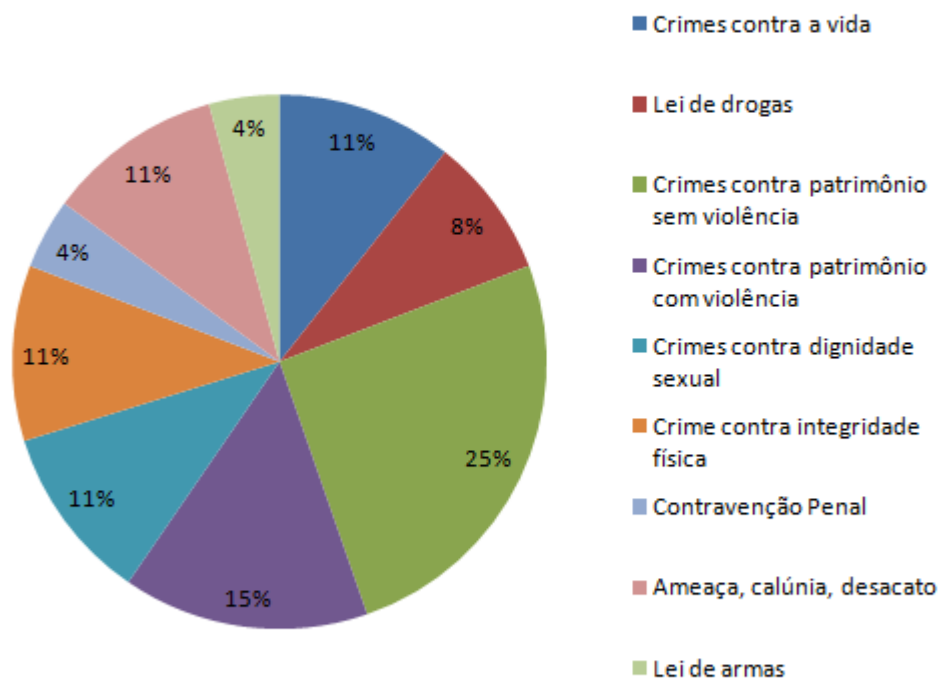
**APÊNDICE B - Gráficos de delitos dos internados masculinos do CMP**

	Único delito	Em concurso	Total
Crimes contra a vida	19	5	24
Lei de drogas	0	4	4
Crimes contra patrimônio sem violência	2	12	14
Crimes contra patrimônio com violência	2	7	9
Crimes contra dignidade sexual	5	5	10
Crime contra integridade física	1	5	6
Contravenção Penal	0	2	2
Ameaça, calúnia, desacato	0	5	5
Lei de armas	0	2	2



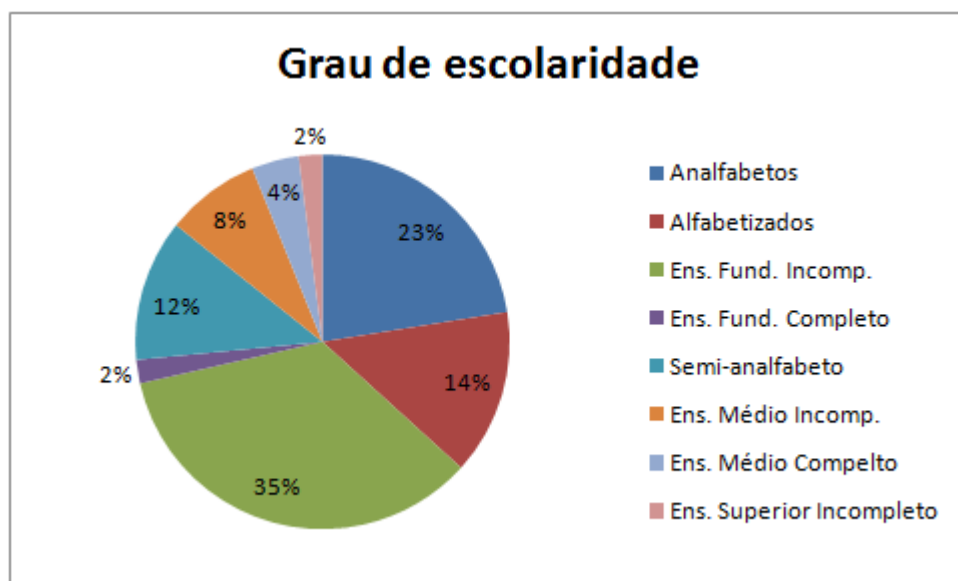


## Em concurso



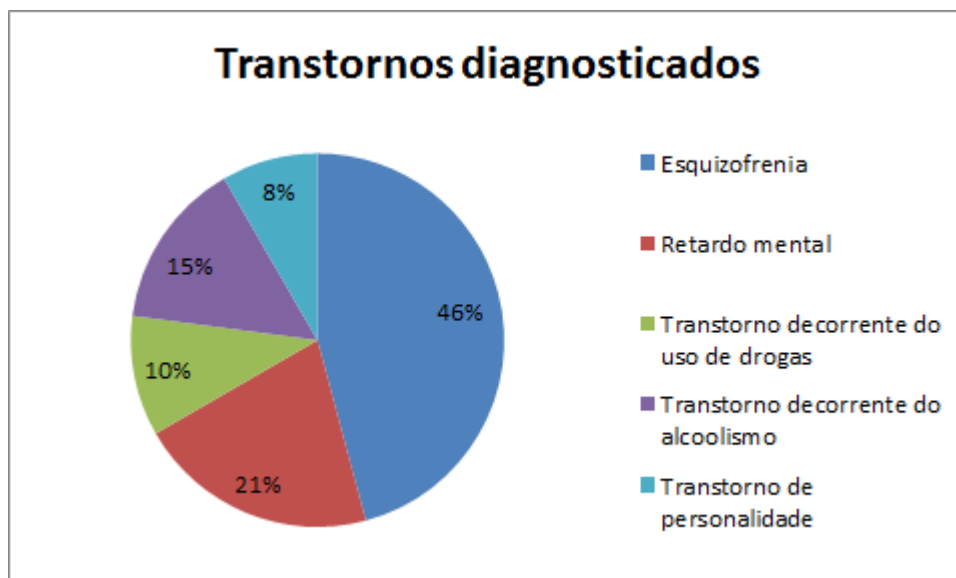
**APÊNDICE C - Gráfico da escolaridade média dos internados masculinos do CMP:**

Analfabetos	11
Alfabetizados	7
Ens. Fund. Incomp.	17
Ens. Fund. Completo	1
Semi-analfabeto	6
Ens. Médio Incomp.	4
Ens. Médio Completo	2
Ens. Superior Incompleto	1



**APÊNDICE D - Gráfico dos transtornos diagnosticados nos internados masculinos do CMP**

Esquizofrenia	22
Retardo mental	10
Transtorno decorrente do uso de drogas	5
Transtorno decorrente do alcoolismo	7
Transtorno de personalidade	4



## **ANEXO A – EXAMES DE VERIFICAÇÃO DE CESSAÇÃO DA PERICULOSIDADE**



**ESTADO DO PARANÁ**  
**Secretaria da Segurança Pública e Administração Penitenciária**  
**Departamento de Execução Penal - DEPEN**  
**Complexo Médico Penal – CMP**  
**Setor de Psicologia**

## **AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA**

**NOME:** [REDACTED]

Comparece para a entrevista deambulando espontaneamente, certa rigidez psicomotora, apresentando condições razoáveis de higiene e autocuidados. Receptiva ao processo de entrevista e avaliação. Tom de voz baixo e com pouca expressão. Postura defensiva e demonstrando certa ansiedade no momento da avaliação.

Apresentou vocabulário simples, demonstrando significativo déficit cognitivo. Certa confusão mental, com dificuldade de memória tanto a curto quanto a longo prazo. Dificuldade de compreensão de conteúdos abstratos, todavia demonstrou leve melhora no foco e concentração se comparada com registros anteriores. Não conseguiu localizar-se temporalmente ou mesmo espacialmente. Sinais de quadro psicótico crônico, com prejuízos em diversas áreas cognitivas. Presença de agitação psicomotora, bem como de ideias fantasiosas, porém sem sinais no momento de alucinações ou delírios de caráter bizarro.

Em relação aos fatos que levaram à sua privação de liberdade em 1992, relata não se recordar dos eventos, sendo que descreve sua prisão pelo motivo de que “não estava tomando remédios... me mandaram pra cá...” (sic). Demonstra pouca compreensão de sua situação atual, seja pessoalmente ou mesmo judicialmente. Não compreende de forma completa questões legais mesmo em nível básico. Não demonstra planos em relação a seu futuro, mas relata que gostaria de sair do Complexo Médico para algum tipo de casa ou acolhimento. Relata não ter amigos, pois se “esquece de todo mundo... difícil conversar quando se esquece...” (sic). Não demonstrou agressividade ou hostilidade durante a avaliação.

Devido a seu quadro crônico atual, e também considerando que o tempo total de sua permanência no sistema ultrapassa mais de duas décadas, é possível encaminhar a Sra. Vanda para instituição com características asilares/de acolhimento, sendo que necessita de cuidados especiais, sobretudo na área de saúde mental, com observação, supervisão e estímulos constantes. O quadro atual encontra-se com sinais de cronificação, sendo que não há prognóstico positivo em relação a seu caso quanto à recuperação de suas faculdades mentais. Necessita de estímulo na área cognitiva, suporte psicossocial, inclusão em atividades laborais visando reabilitação de seu quadro, ou pelo menos visando melhoria em sua qualidade de vida.

Pinhais, 28 de Abril de 2015.

**Lauro Melo dos Santos**  
**Psicólogo – CRP 08/09395**





**ESTADO DO PARANÁ**  
**Secretaria da Segurança Pública e Administração Penitenciária**  
**Departamento de Execução Penal - DEPEN**  
**Complexo Médico Penal – CMP**  
**Setor de Psicologia**

## **AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA**

**NOME:** [REDACTED]

Comparece para a entrevista deambulando espontaneamente, certa rigidez psicomotora, apresentando condições razoáveis de higiene e autocuidados. Receptiva ao processo de entrevista e avaliação. Tom de voz baixo e com pouca expressão. Postura defensiva e demonstrando certa ansiedade no momento da avaliação.

Apresentou vocabulário simples, demonstrando significativo déficit cognitivo. Certa confusão mental, com dificuldade de memória tanto a curto quanto a longo prazo. Dificuldade de compreensão de conteúdos abstratos, todavia demonstrou leve melhora no foco e concentração se comparada com registros anteriores. Não conseguiu localizar-se temporalmente ou mesmo espacialmente. Sinais de quadro psicótico crônico, com prejuízos em diversas áreas cognitivas. Presença de agitação psicomotora, bem como de ideias fantasiosas, porém sem sinais no momento de alucinações ou delírios de caráter bizarro.

Em relação aos fatos que levaram à sua privação de liberdade em 1992, relata não se recordar dos eventos, sendo que descreve sua prisão pelo motivo de que “não estava tomando remédios... me mandaram pra cá...” (sic). Demonstra pouca compreensão de sua situação atual, seja pessoalmente ou mesmo judicialmente. Não compreende de forma completa questões legais mesmo em nível básico. Não demonstra planos em relação a seu futuro, mas relata que gostaria de sair do Complexo Médico para algum tipo de casa ou acolhimento. Relata não ter amigos, pois se “esquece de todo mundo... difícil conversar quando se esquece...” (sic). Não demonstrou agressividade ou hostilidade durante a avaliação.

Devido a seu quadro crônico atual, e também considerando que o tempo total de sua permanência no sistema ultrapassa mais de duas décadas, é possível encaminhar a Sra. Vanda para instituição com características asilares/de acolhimento, sendo que necessita de cuidados especiais, sobretudo na área de saúde mental, com observação, supervisão e estímulos constantes. O quadro atual encontra-se com sinais de cronificação, sendo que não há prognóstico positivo em relação a seu caso quanto à recuperação de suas faculdades mentais. Necessita de estímulo na área cognitiva, suporte psicossocial, inclusão em atividades laborais visando reabilitação de seu quadro, ou pelo menos visando melhoria em sua qualidade de vida.

Pinhais, 28 de Abril de 2015.

**Lauro Melo dos Santos**  
**Psicólogo – CRP 08/09395**

Nome: [REDACTED]

Nascimento: 02/01/65.

Dados e informações extraídas da entrevista, acompanhamentos e observações, evidenciam que a interna é proveniente de família incompleta, sendo órfã bilateral. Possui 4 irmãos casados com famílias constituídas. Sofre o abandono completo por parte dos irmãos e do filho, que não a visitam e não se correspondem por cartas. A interna não conta com apoio dos familiares para a inserção social e necessita de assistência pública para o encaminhamento institucional o qual poderá ser custeado com o resgate do benefício de prestação continuada - B.P.C.

Pinhais, 24 de abril de 2015.

Mariza de Látima Romo.  
Assistente Social.



GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA, CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS

DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DO ESTADO

COMPLEXO MÉDICO-PENAL DO PARANÁ

PERFIL PEDAGÓGICO

Prontuário nº: 37087

Nome : \_\_\_\_\_

Filiação: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

LEVANTAMENTO DE MEDIDA DE SEGURANÇA

Implantado em canteiro de trabalho: ( ) sim (X) não

Frequenta o Programa de escolarização da Unidade? ( ) sim (X) não

Escolaridade : ( ) Analfabeto ( ) Paraná Alfabetizado ( ) Ensino Fund. Fase I-1º ao 5º ano  
(X) Ensino Fund. Fase II- 6º ao 9º ano ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo  
( ) Graduação ( ) Pós-Graduação

Demonstra ter consciência da necessidade de estudar? ( ) sim (X) não

Demonstra ter consciência da necessidade de trabalhar? ( ) sim (X) não

Quanto ao relacionamento pessoal reage de forma : ( ) positiva (X) negativa

Apresentação Pessoal: ( ) positiva (X) negativa

PARECER: ( ) POSITIVO (X) NEGATIVO

Pinhais, 14 04 2015.

  
Lucimara Ap. Vidolin

Pedagoga



GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ

**SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA, CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS**  
**DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DO ESTADO**  
**COMPLEXO MÉDICO-PENAL DO PARANÁ**

**Avaliação Psiquiátrica – LMS**

Nome: [REDACTED]

Prontuário: 11.423 - 14/10/2015 – 12:30hs

Interno é natural do município de Ribeirão Preto-SP, nascido em 14/06/1959, está com 56 anos de idade, solteiro, sem filhos, profissão informada: *“trabalhava em tudo que era serviço que tinha”*, analfabeto. *“Nunca dormi com mulher”*. No CMP não estuda, não trabalha, não recebe visitas, não tem apoio familiar, passa o dia todo ocioso. Não sabe informar sobre uso e/ou abuso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas.

Está preso por *“artigo 217-A, do CP – atos libidinosos com crianças”*.

Interno apresenta-se com sua higiene corporal e vestuários em péssimas condições, exalando odor fétido do corpo. Sua psicomotricidade é descoordenada, com desorientação no tempo e no espaço, memórias recentes e remotas comprometidas, afeto embotado, padrão de pensamento psicótico (desagregado, com ideação delirante), ausência de crítica e de autocrítica, com distraibilidade, dificuldade para compreender o que lhe é perguntado. Seu estado de humor está hipotímico, não sabe informar sobre idéias de morte e de suicídio, como também não sabe informar sobre tratamento psiquiátrico antes de vir preso. Seu discurso é muito pobre,, tem tremores por todo o corpo, não consegue articular as palavras de maneira inteligível, principalmente devido aos efeitos colaterais das medicações antipsicóticas que faz uso atualmente: Decanoato de Haloperidol 50mg 2 ampolas intramuscular de 10 em 10 dias; Levomepromazina 100mg 2 comprimidos via oral a noite e Biperideno 2mg (antiparkinsoniano) 1 comprimido via oral de manhã e a noite. Interno demonstra, ainda, total incapacidade para cuidar de si, de determinar-se e muito menos tem condições de viver em sociedade.

Nesse sentido a psiquiatria considera que a periculosidade do interno não está cessada, uma vez que colocará em risco as pessoas que vierem a conviver com ele, bem como a sociedade como um todo. O parecer é **desfavorável** para o levantamento da sua medida de segurança.

  
**Dr João Artur Borges Winkelmann**

Médico Psiquiatra, Psicólogo Clínico, especialista em Infância e Adolescência, especialista em Dependências Químicas, Membro Titular da Associação Brasileira de Psiquiatria, da Associação Paranaense de Psiquiatria, da Associação Mundial de Psiquiatria, membro fundador da Associação de Saúde Mental de Língua Portuguesa (ASMELP) em Coimbra/Porto – Portugal, médico psiquiatra perito judicial em Comarcas do Paraná, professor e supervisor de alunos de Psicologia e de Medicina em Psicopatologia, Autodidata de neurociências e no estudo de mentes criminosas há mais de 20 anos, autor dos livros Prazer: o sentido humano do existir (2006, em português, com tradução para o francês) e Efeito Gangorra (lançamento para 2016) - CRM/PR 10035



**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO  
PENITENCIÁRIA  
DEPARTAMENTO DE EXECUÇÃO PENAL DO ESTADO  
COMPLEXO MÉDICO PENAL**

**Setor de Psicologia**

Avenida Ivone Pimentel, s/nº - CEP: 83.327-700 – Parque das Nascentes – Pinhais/PR  
☎ (41) 3661-3000 – Fax (41) 3661-3009 – E-mail: cmp@depen.pr.gov.br

---



**Pront. 11.423**

O interno apresenta limitações motoras, não possuindo condições de deambulação espontânea, apresentando ainda tremores intensos e movimentos estereotipados. Apresenta-se com higiene pecaríssima. Sua fala é totalmente incompreensível, não evidenciando, no momento, condições mentais para responder ao processo avaliativo.

Pinhais, 6 de Novembro de 2015.

**Romi Campos Schneider de Aquino**  
Psicóloga – CRP 08/04951



**ESTADO DO PARANÁ**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO**  
**PENITENCIÁRIA**  
**DEPARTAMENTO DE EXECUÇÃO PENAL**  
**COMPLEXO MÉDICO PENAL DO PARANÁ**  
Av. Ivone Pimentel S/Nº - CEP 83.327-700 - Pinhais – Paraná  
Fone (41) 3661-3000 – Fax (41) 3661-3014 – e-mail: [cmp@depen.pr.gov.br](mailto:cmp@depen.pr.gov.br)

**INFORMAÇÃO SOCIAL**

**NOME:** [REDACTED]  
**DATA DE NASCIMENTO:** 20/08/1964

Trata-se de pessoa solteira, com 56 anos de idade, natural de Mariluz / Pr e procedente de Cruzeiro do Oeste /PR.

Interno bem comprometido confuso sem condições de prestar informações familiares. Desde sua permanência nesta unidade penal não recebeu visitas e nem foi assistido em suas necessidades básicas.

Vários foram os contatos com os órgãos públicos (CRAS) (CAPS) da cidade de origem do interno, não obtivemos retorno dos contatos. Até o momento o interno permanece com vínculo sócio familiar negativo. Sem indicação familiar ou institucional. Necessitando de assistência pública para alta social.

É a informação.

Pinhais, 18 de março de 2015.

Maria dos Anjos Campos da Silva  
CRESS 6314



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO  
PENITENCIÁRIA  
DEPARTAMENTO DE EXECUÇÃO PENAL  
COMPLEXO MÉDICO PENAL DO PARANÁ  
Perfil Pedagógico

Prontuário: 11423

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: 14/06/1959

Filiação: \_\_\_\_\_

José dos Santos  
Maria dos Santos

Profissão: \_\_\_\_\_

Ajudante geral

Implantado em canteiro de trabalho: ( ) sim (X) não

Escolaridade: Ensino fundamental incompleto

Frequenta o programa de escolarização da Unidade: ( ) sim (X) não

Quanto à participação nas atividades de escolarização reage de forma:  
( ) positiva (X) negativa


Possui frequência regular: ( ) sim ( ) não

Apresentação Pessoal: ( ) positiva (X) negativa

Relacionamento interpessoal: ( ) positivo (X) negativo

Parecer Pedagógico: ( ) favorável (X) desfavorável

Pinhais, 27/10/2015.

  
\_\_\_\_\_  
Lucimara Ap. Vidolin  
Pedagoga

## ExpressoLivre - ExpressoMail

---

Remetente: "Complexo Medico Penal" <cmp@depen.pr.gov.br>  
Para: "Antonio Carlos Santos Baron" <antoniobaron@depen.pr.gov.br>  
Data: 15/09/2015 08:46 (02:01 horas atrás)  
Assunto: Fw: sentenciado [REDACTED] - 1ª REITERAÇÃO  
Anexos: [REDACTED] - despacho.pdf (66 KB)

---

----- Mensagem encaminhada -----

Remetente: "Paula Werle Ribeiro Pinto" <paula.werle@tjpr.jus.br>  
Data: 14/09/2015 16:49  
Assunto: sentenciado [REDACTED] - 1ª REITERAÇÃO  
Para: "Antonio Carlos Santos Baron" <antoniobaron@depen.pr.gov.br>  
Com Cópia: "cmp@depen.pr.gov.br" <cmp@depen.pr.gov.br>

- Solicitado em 14/08/2015

Senhor(a) Diretor(a).

Pelo presente, em cumprimento à determinação do MM. Juiz de Direito da Vara de Execução de Réus ou Vítimas Femininas e de Medida de Segurança de Curitiba, solicito a Vossa Senhoria que

submeta o sentenciado [REDACTED], prontuário 11423, a Exame de Cessaço de Periculosidade no prazo de 20 dias, conforme despacho anexado.

Att,

**Paula Werle Ribeiro Pinto**  
**Técnica Judiciária**

VARA DE EXECUÇÃO DE PENAS DE RÉUS OU VÍTIMAS  
FEMININAS E DE MEDIDAS DE SEGURANÇA  
(41) 3250-5050



## ExpressoLivre - ExpressoMail

---

Remetente: "Areli D Agnoluzzo Zortea" <aazo@tjpr.jus.br>  
Para: Os destinatários não estão sendo exibidos para esta impressão  
Data: 05/11/2015 15:31 (agora)  
Assunto: 1ª reiteração - Solicita laudo de cessação de periculosidade - MANOEL DOS SANTOS

---

### **REITERA O E-MAIL DATADO DE 14/08/2015**

Senhor(a) Diretor(a),

Pelo presente, em cumprimento à determinação do MM. Juiz de Direito da Vara de Execução de Réus ou Vítimas Femininas e de Medida de Segurança de Curitiba, solicito a Vossa Senhoria a remessa do laudo do exame de cessação de periculosidade [REDACTED] prontuário 11423, haja vista que o exame fora agendado para o mês de outubro.

Cordialmente,

**Aréli D'Agnoluzzo Zortéa**

Técnica Judiciária

Vara de Execução de Réus ou Vítimas Femininas e de Medida de Segurança

Curitiba/PR - (41) 3250-5086



**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO  
PENITENCIÁRIA  
DEPARTAMENTO DE EXECUÇÃO PENAL – DEPEN  
COMPLEXO MÉDICO-PENAL DO PARANÁ  
COMISSÃO TÉCNICA DE CLASSIFICAÇÃO**

Av. Ivone Pimentel, s/nº – Bairro Parque das Nascentes – CEP 83.420-970 – Pinhais/PR  
Fone: 0xx41 3661-3000 – Fax 0xx 3661-3014 – e-mail: [cmp@depen.pr.gov.br](mailto:cmp@depen.pr.gov.br)

**AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA**

**NOME:** [REDACTED]

**Filiação:** Daniel Ribeiro da Silva e Luiza Machado da Silva

O interno conta com 43 anos de idade, nascido em oito de setembro de um mil novecentos e setenta e dois, viúvo, lavrador, tem 7 filhos, estuda na Unidade cursando o primeiro ano do ensino fundamental, morava com a esposa e os filhos.

**EXAME DO ESTADO MENTAL:** Apresenta-se orientado no tempo e no espaço, memórias preservadas, conteúdo do pensamento concreto e afeto plano. História de alcoolismo desde 15 anos de idade, quando foi preso estava ingerindo 01 litro de pinga por dia, estava usando maconha e crack. História de delirium tremens. Quando questionado a respeito do delito praticado seu discurso é superficial e monossilábico. Demonstra não perceber a gravidade do delito praticado. Seu juízo crítico da realidade está rebaixado.

**CONCLUSÃO:** A psiquiatria considera não cessada a sua periculosidade.

Pinhais, 06 de abril de 2016.

  
**MÔNICA HOSOUME**  
 Médica Psiquiatra – CRM 13164



**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO  
PENITENCIÁRIA  
DEPARTAMENTO DE EXECUÇÃO PENAL DO ESTADO  
COMPLEXO MÉDICO PENAL**

**Setor de Psicologia**

Avenida Ivone Pimentel, s/nº - CEP: 83.327-700 – Parque das Nascentes – Pinhais/PR  
☎ (41) 3661-3000 – Fax (41) 3661-3009 – E-mail: cmp@depen.pr.gov.br

**PRONT. 21.147**

Comparece para a entrevista deambulando espontaneamente, sem dificuldades motoras observáveis, com roupas em alinhado e higiene aparentando adequação. Faz contato visual de maneira direta, apresentando humor distímico. Sua conduta é cooperativa, respondendo a todos os questionamentos com discurso claro e compatível com sua escolaridade e experiência. Mostra-se orientado quanto ao tempo, espaço, sua pessoa e lugar, demonstrando memórias preservadas. Apresenta-se lúcido e atento ao foco da entrevista. Evidencia indicativos de limitação na esfera cognitiva, ausência de capacidade abstrativa e reflexiva.

Assume uso de álcool desde o início da juventude, ora concomitante a medicamentos psicotrópicos, ora alternando o uso. Refere também o uso menos freqüente de “crack” e maconha. Em relação ao histórico criminal e aos delitos perpetrados, assume os fatos narrados na denúncia, descrevendo-os de forma detalhada, porém sem nenhuma crítica. Projeta parte da responsabilidade por seus atos na bebida alcoólica, mas reconhece que foram motivados por seus desejos pessoais e falta de controle sobre eles. Mostra-se totalmente indiferente em relação às vítimas, sendo incapaz de perceber as implicações e prejuízos para elas.

Trata-se de pessoa que não evidencia capacidade de elaborar qualquer crítica em relação a seus atos, não evidenciando compreensão quanto à gravidade e efeitos danosos dos mesmos. Por outro lado, não possui mecanismos que possibilitem reprimir seus impulsos e obedecer a qualquer limite para a satisfação dos mesmos.

Pinhais, 26 de Março de 2016.

Romi Campos Schneider de Aquino  
Psicóloga – CRP 08/04951



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO  
PENITENCIÁRIA  
DEPARTAMENTO DE EXECUÇÃO PENAL  
COMPLEXO MÉDICO PENAL DO PARANÁ  
Perfil Pedagógico

Prontuário: 21147

Nome: [REDACTED]

Data de nascimento: 08/09/1972

Filiação:

Daniel Ribeiro da Silva  
Luiza Machado da Silva

Profissão:

loarvader

Implantado em canteiro de trabalho: ( ) sim (x) não

Escolaridade:

Ensino fundamental incompleto

Frequenta o programa de escolarização da Unidade: (x) sim ( ) não

Quanto à participação nas atividades de escolarização reage de forma:  
(x) positiva ( ) negativa

Possui frequência regular: (x) sim ( ) não

Apresentação Pessoal: (x) positiva ( ) negativa

Relacionamento interpessoal: (x) positivo ( ) negativo

Parecer Pedagógico: (x) favorável ( ) desfavorável

Pinhais, 14/03/2016

[Signature]  
Lucimara Ap. Vicôlin

Pedagoga

## ExpressoLivre - ExpressoMail

---

Remetente: "Lino Comelli Junior" <licj@tjpr.jus.br>

Para: Os destinatários não estão sendo exibidos para esta impressão

Data: 17/02/2016 15:05 (03 minutos atrás)

Assunto: REITERANDO Solicitação Exame Cessação - [REDACTED]

---

Senhor(a) Diretor(a).

Pelo presente, em cumprimento à determinação do MM. Juiz de Direito da Vara de Execução de Réus ou Vítimas Femininas e de Medida de Segurança de Curitiba, REITERANDO email enviado em 07/01/2016, solicito a Vossa Senhoria que, no prazo de 20 dias, submeta o interno [REDACTED], prontuário 21147, a Exame de Cessação de Periculosidade, devendo, na sequência, encaminhar os laudos a este juízo.

Cordialmente,

**LINO COMELLI JUNIOR**

Técnico Judiciário

Vara de Execução de Réus ou Vítimas Femininas e de Medida de Segurança

CURITIBA - PR

(41) 3250-5099



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO  
PENITENCIÁRIA  
DEPARTAMENTO DE EXECUÇÃO PENAL DO PARANÁ -- DEPEN  
COMPLEXO MÉDICO-PENAL

Avenida Ivone Pimentel s/nº - Canguiri - CEP: 83327-700 - Pinhais - Paraná  
Fone (41) 3661-3017 -- Fax (41) 3661-3014 -- E-mail: cmp@depen.pr.gov.br

**AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA / LMS**

Identificação: [REDACTED]

PROW-08576

Filiação: V. OLIVA ALVES LEITE  
MÉ PEDRO ALVES

Periculosidade considerada: Não cessada

Observações: necessidade de medicação  
regular

Dr. Elaine Maria Zanier  
Médica Psiquiatra  
CRM 12020

Psiquiatra / CRM-Pr

Pinhais, 08/03/16



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO  
PENITENCIÁRIA  
DEPARTAMENTO DE EXECUÇÃO PENAL DO PARANÁ – DEPEN  
COMPLEXO MÉDICO-PENAL

Avenida Ivone Pimentel s/nº - Canguiri - CEP: 83327-700 - Pinhais - Paraná  
Fone (41) 8661-3017 – Fax (41) 3661-3014 – E-mail: cmp@depen.pr.gov.br

**AVALIAÇÃO PSQUIÁTRICA / LMS**

Identificação: [REDACTED]

Filiação:

Ilmar Viniâus Tripodi  
Sueli Perez Pinhal

Periculosidade considerada: *não arreb*

Observações:

Drª Tânia Maria Zanier  
Médica Psiquiatra  
CRM 12830

Psiquiatra / CRM-Pr

Pinhais,

10/05/16



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO  
PENITENCIÁRIA  
DEPARTAMENTO DE EXECUÇÃO PENAL DO PARANÁ -- DEPEN  
COMPLEXO MÉDICO-PENAL

Avenida Ivone Pimentel s/nº - Canguiri - CEP: 83327-700 - Pinhais - Paraná  
Fone (41) 8661-3017 - Fax (41) 3661-3014 - E-mail: cmp@depen.pr.gov.br

**AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA / LMS**

Identificação:...

Filiação:...

Eulália Conceição  
de Silva  
Miguel José da Silva

Periculosidade considerada: ... não cessada

Observações:.....

Drª Tânia Maria Zanier  
Médica Psiquiatra  
CRM-PR 32820

Psiquiatra / CRM-Pr

Pinhais,.....

09/05/16





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO  
PENITENCIÁRIA  
DEPARTAMENTO DE EXECUÇÃO PENAL DO PARANÁ - DEPEN  
COMPLEXO MÉDICO-PENAL

Avenida Ivone Pimentel s/nº - Canguiri - CEP: 83327-700 - Pinhais - Paraná  
Fone (41) 3661-3017 - Fax (41) 3661-3014 - E-mail: cmp@depen.pr.gov.br

**AVALIAÇÃO PSQUIÁTRICA / LMS**

Identificação:

Filiação: *João S. de Oliveira*

Periculosidade considerada: *Não*

Observações:

*Dr. Tânia Maria Zanier*  
Médica Psiquiatra  
CRM 12620

Psiquiatra / CRM-Pr

Pinhais, *12.06.2016*



**ESTADO DO PARANÁ**  
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA, CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS.  
DEPARTAMENTO DE EXECUÇÃO PENAL DO ESTADO  
COMPLEXO MÉDICO PENAL DO PARANÁ  
Av. Ivone Pimentel S/Nº - CEP 83.327-700 - Pinhais – Paraná  
Fone (41) 3661-3000 – Fax (41) 3661-3014 – e-mail: cmp@depen.pr.gov.br

### **INFORMAÇÃO SOCIAL**

**NOME:** [REDACTED]  
**DATA DE NASCIMENTO:** 22/04/1975

Trata-se de pessoa solteira, órfão bilateral com 40 anos de idade, natural e procedente da cidade de Cascavel Pr.

Provém de família de origem urbana carente. Pertence a prole de seis irmãos, dos quais perdeu o contato.

Em sua atividade laborativa somente trabalhou na lavoura com os genitores.

É portador de documentação civil.

Novas tentativas de contato para resgate dos familiares junto aos órgãos públicos (CRAS CAPS) sem sucesso.

O interno permanece sem acolhimento familiar e nem institucional para sua reinserção social.

É a informação.

Pinhais, 02 de setembro de 2015.

Maria dos Anjos Campos da Silva  
CRESS 6314



**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO  
PENITENCIÁRIA  
DEPARTAMENTO DE EXECUÇÃO PENAL DO ESTADO  
COMPLEXO MÉDICO PENAL**

**Setor de Psicologia**

Avenida Ivone Pimentel, s/nº - CEP: 83.327-700 – Parque das Nascentes – Pinhais/PR  
☎ (41) 3661-3000 – Fax (41) 3661-3009 – E-mail: cmp@depen.pr.gov.br


**PRONT. 10.942**

Comparece para a entrevista deambulando espontaneamente, com roupas em desalinho e higiene razoável; sua atividade psicomotora é normal; a afetividade embotada. Comunica-se linguagem simples e compatível com sua escolaridade e meio sócio-cultural, apresentando conduta e cooperativa diante dos dados questionados. O pensamento é normal quanto ao curso, porém apresenta aspectos delirantes. Não evidencia capacidade reflexiva e abstrativa.

Relata os fatos narrados na denúncia de forma fria e indiferente não apresentando capacidade para elaborar qualquer tipo de crítica em relação a seus atos, atribuindo a responsabilidade de seus atos às “vozes que mandaram matar” (sic)

Trata-se de pessoa que à despeito do período que está em tratamento não evidencia nenhuma consciência em relação à doença e à adição. Por conta disto, não há perspectivas de que permaneça em abstinência ou venha a dar continuidade ao tratamento de forma voluntária. Assim, evidencia-se que não desenvolveu mecanismos que o tornem capazes de refrear a impulsividade e seu elevado potencial agressivo.

Pinhais, 28 de Agosto de 2015.

  
**Romi Campos Schneider de Aquino**  
 Psicóloga – CRP 08/04951



**ESTADO DO PARANÁ**  
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA, CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS.  
DEPARTAMENTO DE EXECUÇÃO PENAL DO ESTADO  
COMPLEXO MÉDICO PENAL DO PARANÁ  
Av. Ivone Pimentel S/Nº - CEP 83.327-700 - Pinhais – Paraná  
Fone (41) 3661-3000 – Fax (41) 3661-3014 – e-mail: cmp@depen.pr.gov.br

### **INFORMACÃO SOCIAL**

**NOME:** [REDACTED]  
**DATA DE NASCIMENTO:** 22/04/1975

Trata-se de pessoa solteira, órfão bilateral com 40 anos de idade, natural e procedente da cidade de Cascavel Pr.

Provém de família de origem urbana carente. Pertence a prole de seis irmãos, dos quais perdeu o contato.

Em sua atividade laborativa somente trabalhou na lavoura com os genitores.

É portador de documentação civil.

Novas tentativas de contato para resgate dos familiares junto aos órgãos públicos (CRAS CAPS) sem sucesso.

O interno permanece sem acolhimento familiar e nem institucional para sua reinserção social.

É a informação.

Pinhais, 02 de setembro de 2015.

Maria dos Anjos Campos da Silva  
CRESS 6314



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO/  
PENITENCIÁRIA  
DEPARTAMENTO DE EXECUÇÃO PENAL  
COMPLEXO MÉDICO PENAL DO PARANÁ  
Perfil Pedagógico

Prontuário: 10942

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: 22/04/1975

Filiação: \_\_\_\_\_

Leiguita Luciana Sanoa

Antônio Lucio Siqueira do

Profissão: \_\_\_\_\_

Trabalhador Rural

Implantado em canteiro de trabalho: ( ) sim (X) não

Escolaridade: Base II do Ensino Fundamental

Frequente o programa de escolarização da Unidade: ( ) sim (X) não

Quanto à participação nas atividades de escolarização reage de forma:  
( ) positiva (X) negativa

Possui frequência regular: ( ) sim ( ) não

Apresentação Pessoal: ( ) positiva (X) negativa

Relacionamento interpessoal: ( ) positivo (X) negativo

Parecer Pedagógico: ( ) favorável (X) desfavorável

Pinhais, 17 / 08 / 2015

[Assinatura]

Lucimara Ap. Vidolin  
Pedagoga

## ExpressoLivre - ExpressoMail

---

Remetente: "Marcos Marcelo Muller" <mmmuller@depen.pr.gov.br>  
Para: Os destinatários não estão sendo exibidos para esta impressão  
Data: 16/07/2015 09:58 (1 minuto atrás)  
Assunto: Fw: Solicitação de exame de cessação de periculosidade - [REDACTED]

---

Baron,

Essa é tua.

Abç,

Marcos

.....

----- Mensagem encaminhada -----

Remetente: "Gisele Koshima" <giko@tjpr.jus.br>

Data: 15/07/2015 12:40

Assunto: Solicitação de exame de cessação de periculosidade - [REDACTED]

Para: "cmp@depen.pr.gov.br" <cmp@depen.pr.gov.br>

Com Cópia: "mmmuller@depen.pr.gov.br" <mmmuller@depen.pr.gov.br>

Ofício nº 2088/2015 (reiterando of. nº 1254/2015)

Senhor Diretor,

Através do presente, atendendo as determinações do MM. Juiz de Direito desta 3ª VEP, solicito a Vossa Senhoria que o sentenciado [REDACTED], filho de Liquita Lucia Saroa e Antonio Lucio Figueiredo seja submetido ao exame de cessação de periculosidade no prazo de 45 dias, encaminhando o respectivo laudo (com laudos conclusivos do CTC) a esta especializada.

Atenciosamente,

Gisele Koshima  
Técnica Judiciária



**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO  
PENITENCIÁRIA  
DEPARTAMENTO DE EXECUÇÃO PENAL – DEPEN  
COMPLEXO MÉDICO-PENAL DO PARANÁ  
COMISSÃO TÉCNICA DE CLASSIFICAÇÃO**

Av. Ivone Pimentel, s/nº – Bairro Parque das Nascentes – CEP 83.420-970 – Pinhais/PR  
Fone: 0xx41 3661-3000 – Fax 0xx 3661-3014 – e-mail: [cmp@depen.pr.gov.br](mailto:cmp@depen.pr.gov.br)

**AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA**

**NOME:** [REDACTED]

**Filiação:** José Rivaldário da Cruz e Ivone Maria da Cruz

O interno conta com 41 anos de idade, nascido em 17 de julho de 1974, solteiro, não tem filhos, morava com os pais em Tijucas do Sul, ajudante de caminhão, estudou até a segunda série do ensino fundamental, procedente da Comarca de São José dos Pinhais.

**EXAME DO ESTADO MENTAL:** Comparece ao exame relativamente higienizado e trajado, deambulando sem dificuldade aparente, postura tranquila. Apresenta-se orientado no tempo e no espaço, memória global prejudicada, conteúdo do pensamento concreto e empobrecido, ausência de delírios e alucinações e afeto planificado. Nega alcoolismo e nega uso de outras substâncias químicas. Nega internamento anterior em hospital psiquiátrico. Quando questionado a respeito do delito praticado nega a autoria e demonstra que seu juízo crítico a realidade encontra-se rebaixado.

**CONCLUSÃO:** Interno demonstra incapacidade para assumir o delito cometido e incapacidade para entender a gravidade do delito cometido. Não apresenta a mínima condição para desinternamento. A Psiquiatria considera não cessada a sua periculosidade.

Pinhais, 27 de outubro de 2015.

  
**MÔNICA HOSOUME**  
 Médica Psiquiatra – CRM 13164



**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO  
PENITENCIÁRIA  
DEPARTAMENTO DE EXECUÇÃO PENAL DO ESTADO  
COMPLEXO MÉDICO PENAL**

**Setor de Psicologia**

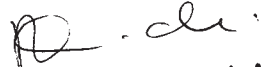
Avenida Ivone Pimentel, s/nº - CEP: 83.327-700 – Parque das Nascentes – Pinhais/PR  
☎ (41) 3661-3000 – Fax (41) 3661-3009 – E-mail: cmp@depen.pr.gov.br

**PRONT. 10.689**

Comparece para a entrevista deambulando espontaneamente, sem dificuldades motoras observáveis; as roupas estão em desalinho e a higiene é precária, exalando mau odor. Sua atividade psicomotora é normal. Faz contato visual de forma direta, apresentado conduta cooperativa, porém a afetividade mostra-se embotada. Comunica-se de forma espontânea, com vocabulário simples e condizente com limitações na esfera cognitiva, apresentando pensamento normal quanto ao curso, porém permeado por aspectos delirantes, o que torna seu discurso com baixa confiabilidade. Mostra-se orientado quanto ao tempo, espaço, sua pessoa e lugar, evidenciando memórias preservadas. Sua capacidade reflexiva e abstrativa são extremamente limitadas. .

Trata-se de pessoa com graves comprometimentos mentais que não apresenta qualquer consciência em relação a doença e nem quanto às suas implicações. No momento não há indicativos de que possa manter o controle sobre sua impulsividade e nem de que possua condições para dar continuidade ao tratamento de forma voluntária.

Pinhais, 22 de Outubro de 2015.

  
**Romi Campos Schneider de Aquino**  
Psicóloga - CRP 08/04951





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PARANÁ**  
**COMARCA DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA - FORO**  
**CENTRAL DE CURITIBA**  
**VARA DE EXECUÇÃO DE PENAS DE RÉUS OU VÍTIMAS FEMININAS E**  
**DE MEDIDAS DE SEGURANÇA DE CURITIBA - PROJUDI**  
Av. Joao Gualberto, 741 - Alto da Gloria - Curitiba/PR - CEP: 80.030-000 - Fone:  
(41)3250-5050 - E-mail: lam@tjpr.jus.br

**Autos nº. 0004950-87.2012.8.16.0009**

Processo: 0004950-87.2012.8.16.0009

Classe Processual: Execução da Pena

Assunto Principal: Medidas de Segurança

Data da Infração: 03/12/2004

Polo Ativo(s): • ESTADO DO PARANA (CPF/CNPJ: 76.416.940/0001-28)

Polo Passivo(s): • [REDACTED] (RG: 80772610 SSP/PR) - Pront. 10689

Ofício nº 2273/2015

Ac. Senhor

Diretor Geral do Complexo Médico Penal

Avenida Ivone Pimentel s/n – Canguiri

83.320-000 – Pinhais – PR


Assunto: **Solicitação de exame de cessação de periculosidade**

Senhor Diretor,

Através do presente, atendendo as determinações do MM. Juiz de Direito desta VEP, solicito a Vossa Senhoria que o sentenciado supracitado seja submetido ao exame de cessação de periculosidade no prazo de 45 dias, encaminhando o respectivo laudo (com laudos conclusivos do CTC) a esta especializada.

Atenciosamente,

Curitiba, 19 de agosto de 2015.

  
Arlei D'Aguiar Zortea  
Técnico Judiciário

## ExpressoLivre - ExpressoMail

---

Remetente: "Complexo Medico Penal" <cmp@depen.pr.gov.br>  
Para: "Antonio Carlos Santos Baron" <antoniobaron@depen.pr.gov.br>  
Data: 06/10/2015 09:04 (05:03 horas atrás)  
Assunto: Fw: REITERANDO SOLICITAÇÃO DE EXAME DE CESSAÇÃO  
Anexos: Resposta do cmp.pdf (9 KB)

---

----- Mensagem encaminhada -----

Remetente: "Camila Cavalca Lucio Machado" <cclm@tjpr.jus.br>  
Data: 05/10/2015 15:17  
Assunto: REITERANDO SOLICITAÇÃO DE EXAME DE CESSAÇÃO  
Para: "robertosaraiva@depen.pr.gov.br" <robertosaraiva@depen.pr.gov.br>,  
"cmp@depen.pr.gov.br" <cmp@depen.pr.gov.br>, "renemaciel@depen.pr.gov.br"  
<renemaciel@depen.pr.gov.br>  
P {margin-top:0;margin-bottom:0;}

REITERANDO OFÍCIO DATADO DE 19/08/2015

Of. 2658/2015

Senhor Diretor:

Através do presente, atendendo as determinações do MM. Juiz de Direito desta 3ª VEP, solicito o encaminhamento do Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade Completo - com manifestação conclusiva da CTC – referente ao sentenciado [REDACTED], **filho de Ivone Maria da Cruz.**

Atenciosamente.

Camila Machado - 3ª VEP

41 32505083



**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO  
PENITENCIÁRIA  
DEPARTAMENTO DE EXECUÇÃO PENAL – DEPEN  
COMPLEXO MÉDICO-PENAL DO PARANÁ  
COMISSÃO TÉCNICA DE CLASSIFICAÇÃO**

Av. Ivone Pimentel, s/nº – Bairro Parque das Nascentes – CEP 83.420-970 – Pinhais/PR

Fone: 0xx41 3661-3000 – Fax 0xx 3661-3014 – e-mail: [cmp@depen.pr.gov.br](mailto:cmp@depen.pr.gov.br)

**AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA**

**NOME:**



**Filiação:** Fidélio Gomes Santana e Floripes Alves de Araújo

O interno conta com 42 anos de idade, nascido em 05/04/1973, solteiro, não tem filhos, lavrador, estudou 10 anos na APAE, morava com os pais, procedente da Comarca de Rolândia.

**EXAME DO ESTADO MENTAL:** Comparece ao exame relativamente higienizado, deambulando sem dificuldade aparente, postura tranquila. Nega alcoolismo, dependente de maconha e crack desde 30 anos de idade, relata estar abstinente desde a data da prisão. Apresenta-se orientado no tempo e no espaço, memória global preservada, conteúdo do pensamento sem alterações, ausência de delírios e alucinações e afeto plano. Quando questionado a respeito do delito praticado demonstra imaturidade e crítica rebaixada. Portanto não consegue coibir seus impulsos egocêntricos. Não consegue distinguir entre o certo e o errado. Não tem introjetado ainda valores éticos e morais, tão importantes para a reinserção familiar, profissional e social.

**CONCLUSÃO:** Paciente com história de vários delitos anteriores, relacionados com o artigo 155. Tem apresentado comportamento impulsivo e egocêntrico. Demonstra baixo limiar de frustração. Não está fazendo uso de medicação psiquiátrica na Unidade Penal. Necessita de reavaliação e conduta psiquiátrica. A psiquiatria continua considerando não cessada a sua periculosidade.

Pinhais, 27 de outubro de 2015.

  
**MÔNICA HOSOUME**  
 Médica Psiquiatra – CRM 13164

Clínica

## ExpressoLivre - ExpressoMail

---

Remetente: "Camila Cavalca Lucio Machado" <cclm@tjpr.jus.br>  
Para: Os destinatários não estão sendo exibidos para esta impressão  
Data: 19/10/2015 15:34 (02:31 horas atrás)  
Assunto: Solicitando esclarecimentos aos peritos da Unidade  
Anexos: laudo psicologico.pdf (281 KB)  
Laudo psiquiatrico.pdf (853 KB)

---

Senhor(a) diretor(a):

Através do presente, atendendo as determinações do MM. Juiz de Direito desta 3ª VEP, solicito esclarecimentos por parte dos peritos que elaboraram os laudos em anexo quanto ao tratamento adequado para o interno [REDACTED], se ambulatorial ou de internamento, uma vez que o laudo da psiquiatria datado de 30/09/2015 considerou não cessada a periculosidade do paciente e em contrapartida o laudo psicológico apontou a possibilidade de tratamento ambulatorial com a utilização de recursos comunitários adequados às suas necessidades.

Atenciosamente.

Camila Cavalca Lucio Machado  
Técnica Judiciária - 3ª VEP

Dra Mônica Hosoume  
Psiquiatra  
CRM/PR 13.164